59488

EX·LIBRIS·COLL·MED·PHILAD·INSTIT·A·D·MDCCLXXXVII·

NON SIBI SED TOTI

Class _____ No _____

Presented by

H. A. Hare, M.D.

$2.60

Digitized by the Internet Archive
in 2014

https://archive.org/details/newyorkermedizin1219unse

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Staedte New York, Chicago, Ill. und Cleveland. O.

Redigirt von

Dr. A. RIPPERGER.

Band XII.

January-December,

1900.

NEW YORK.

DRUCK DER CHEROUNY PRINTING AND PUBLISHING CO.

17 to 27 Vandewater Street, N. Y.

APR 9- 1901

UNIV OF PA
PHILADE

New Yorker Medicinische Monatsschrift.

Redigirt von Dr. A. RIPPERGER.

Inhaltsverzeichniss von Bd. XII.

ORIGINALARBEITEN:

Bedeutung eines Verbandes deutscher medicinischer Vereine in den Vereinigten Staaten. Von Dr. E. Rosenberg..... 353
Cerebrale Kinderlähmung, Ein Fall von. Von Dr. Belkowsky..... 14
Connection, The, of the Female Generative Organs and Laryngeal Affections. By Seymour Oppenheimer, M.D..... 145
Electrotherapie in der Gynäcologie mit specieller Bezugnahme auf Fibroma uteri, Einige Erfahrungen und Mittheilungen über. Von Dr. Franz Koempel 233
Fracturen, Ueber die moderne Behandlung. Von Dr. Carl Beck.. 18
Geburtstag, Zum 70. Dr. Abraham Jacobi's..... 305
Gelenkerkrankungen, Zur Diagnose und Therapie chirurgischer. Von Dr. Otto Kiliani..... 85
Geschichtlicher Ueberblick über die in den letzten 50 Jahren gemachten Versuche, die Gefahren der Star-Extraction zu vermindern. Von Dr. H. Ruschhaupt..... 399
Gonorrhoe, Die und unser moderner Standpunkt in der Frage der Behandlung derselben. Von Dr. Henry J. Scherck..... 654
Gynäcologische Fälle und Präparate. Von Dr. Franz Foerster.... 168
Hornhauttrübungen, Ueber angeborene. Von Dr. A. Schapringer.. 591
Hyperemesis, Ein Fall von, gefolgt von Polyneuritis in graviditate. Von Dr. H. J. Kreutzmann..... 101
Iris, Ueber essentiellen Pigmentschwund der (Heterochromia tarda). Von Dr. A. Schapringer..... 301
Kniescheibenbrüche in moderner Beleuchtung, Die Bedeutung und Behandlung der. Von Dr. Carl Beck..... 391
Kropf, Ueber den und seine Behandlung. Von Dr. Carl Beck..... 541
Lungentuberculose, Trophische Störungen bei; ein Beitrag zur Symptomatologie dieser Erkrankung. Von Dr. Henry Herbert.. 495
Medicin, Die vor hundert Jahren. Von Dr. Adolph Decker..... 291
Nirvanin, Clinische Experimente mit. Von F. C. Floeckinger, M.D. 343
Sachverständiger, Ein, über Sachverständige. Von Dr. Edward Spitzka 176

Staatliche Fürsorge für unbemittelte Schwindsüchtige mit einer Beschreibung des ersten State Hospitals für Tuberculose in den Vereinigten Staaten. Von Dr. Alfred Meyer..... 1
Strict Indications for Obstetric Operations. By Dr. C. A. von Ramdohr 108
Totalempyem von 20 monatlicher Dauer, geheilt durch Delorme's Operation. Von Dr. Otto Kiliani..... 165
Ueberanstrengung des Herzens und deren Beziehung zur Fragmentation des Myocards. Von Dr. F. Schwyzer..... 641
Uterus-Myom, Beschreibung eines durch Laparotomie gewonnenen, nebst Bemerkungen über das Verhältniss der Blase zur Vorderfläche von Beckengeschwülsten. Von Dr. J. Schmitt. 599

REFERATE UND KRITIKEN.

Alcoholismus, Der. Herausgegeben von Dr. A. Baer, Prof. Dr. Boehmert, Dr. jur. von Strauss und Torney und Dr. med. Waldschmidt 261
Arzneimittel, Die neuesten und ihre Dosirung incl. Serum- und Organtherapie in alphabetischer Reihenfolge. Von Sanitätsrath Dr. Peters 465
Arzneiverordnungslehre für Studirende und Aerzte. Von Prof. Dr. Rudolph Kobert 608
Atlas der Syphilis und der syphilisähnlichen Hautkrankheiten. Von Dr. Martin Chotzen 116
Arzt, Der und die Heilkunst in der deutschen Vergangenheit. Von Hermann Peters 415
Chemie der Eiweiskörper. Von Dr. Otto Cohnheim..... 610
Deutsche Vierteljahrsschrift für Gesundheitspflege. Redigirt von Dr. A. Spiess und Dr. M. Pistor.....119, 412
Entwicklung und Geburt des Menschen. Von Dr. med. Richard Flamm 413
Experimentelle Untersuchungen über die Pathologie der Cholaemie. Von Dr. Adolf Bickel..... 611
Fractures. By Carl Beck, M.D..... 464
Goethe's Beziehungen zur Medicin. Von Dr. P. H. Gerber..... 465
Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. Von Dr. med. L. Loewenfeld und Dr. med. H. Kurella..... 259
Grundriss der orthopädischen Chirurgie. Von Dr. Max David.... 610
Haarschwunds, des, Ursachen und Behandlung. Von Dr. Jessner.. 609
Handbuch der Prophylaxe. Herausgegeben von A. Nobiling und L. Lankau 118
Kurzgefasstes Lehrbuch der Kinderheilkunde für Aerzte und Studirende. Von Dr. Carl Seitz..... 668
Leitfaden für die Schwangeren-Untersuchung. Von Dr. Eugen Winternitz 29
Manual of the Diseases of the Eye, for Students and General Practitioner. By Charles H. May, M.D..... 566
Medicinisches Handbüchlein für das Haus mit moderner Hausapotheke 31

Medicinisches Wörterbuch der deutschen und französischen Sprache. Von Dr. P. Schober 610
Microscopische Technik zum Gebrauch bei medicinischen und pathologischen Untersuchungen. Von Prof. Dr. Carl Friedländer. 29
Operations-Vademecum für den practischen Arzt. Von Dr. Edmund Leser 118
Osteotomie, Die, bei der Behandlung der Hüftgelenksdeformität. Von Prof. Dr. A. Hoffa 516
Sechzehnter Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Hygiene 379
Signs and Tests of Death. By Justin Herold 117
Specielle Pathologie und Therapie. Von Hofrath Dr. Hermann Nothnagel 258
Taschenbuch der Untersuchungsmethoden und Therapie für Dermatologen und Urologen. Von Dr. Albrecht Freiherr von Notthafft 181
Taschenbuch für den bacteriologischen Practikanten. Von Dr. Rudolf Abel 182
Text-Book of the Diseases of Woman. By Henry J. Garrigues 565
Therapeutische Indicationen für interne Krankheiten. Von Dr. Julius Weiss und Dr. Siegfried Schweiger 413
Trainiren, Das, zum Sport. Von Dr. med. Henry Hoole 30
Transactions of the XXX. American Dermatological Association .. 378
Vorfragen der Biologie. Von Dr. med. Eugen Albrecht 30
Würzburger Abhandlungen aus dem Gesammtgebiet der practischen Medicin. Herausgegeben von Docent Dr. Joh. Müller und Prof. Dr. Otto Seifert 667

MITTHEILUNGEN AUS DER NEUESTEN JOURNAL-LITERATUR:

Centralblatt für Chirurgie 43, 130, 269, 472, 669
Centralblatt für Gynäcologie 44, 271, 478, 567
Centralblatt für innere Medicin 128, 423, 567
Münchener Medicinische Wochenschrift ... 31, 119, 182, 263, 379, 517, 613
Virchow's Archiv 311, 417
Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie 187, 276
Zeitschrift für klinische Medicin 189

SITZUNGSBERICHTE:

Bericht über die in Brüssel vom 4.—8. September 1899 stattgefundene „Internationale Conferenz zur Prophylaxe der Syphilis und der ansteckenden Geschlechtskrankheiten" 215
Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt Chicago, Ill. .331, 372, 672
Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt Cleveland, O. .67, 153, 211, 327, 437, 627, 680
Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt New York .. 53, 133, 197, 279, 315, 356, 425, 525, 573

Erster internationaler Congress der medicinischen Presse. Paris 26.—28. Juli 1900 447
XIII. Internationaler medicinischer Congress. Paris 2.—9. August 1900 ..... 506, 550, 603
„Röntgenabend" bei Dr. Carl Beck 631
Wissenschaftliche Zusammenkunft Deutscher Aerzte in New York. 62, 145, 319, 483, 619

FEUILLETON:

„Experts" — A Suggestion. Von Dr. W. J. O'Sullivan, M.D. 47
Angebliche Syphilis, Die, in den „Cent nouvelles Nouvelles." Von Dr. Iwan Bloch 580
Johann Daniel Mittelhäuser's practische Abhandlung vom Operiren bei Weibern 633
Neue deutsche Promotionsordnung, Die, für Mediciner 684
Sterilisationsapparat, Ein zweckmässiger 339
Stiftungsfest der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York 69

EDITORIELLES:

Bemerkungen zur rechtlichen Stellung des Arztes 112
Ausländische ärztliche Schwindeldiplome. — Ein Mittel gegen ungesunde Ehen. — Etwas über den aufrechten Gang des Menschen 662

EINGESANDT:

Bemerkungen zur rechtlichen Stellung des Arztes 74

THERAPEUTISCHE UND KLINISCHE NOTIZEN:

77, 156, 227, 284, 336, 386, 440, 490, 533, 585, 636, 687

KLEINE MITTHEILUNGEN:

81, 161, 230, 289, 342, 389, 444, 493, 537, 588, 638, 688

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York.

und der Stadt Cleveland, O.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XII. New York, Januar 1900. No. 1

ORIGINALARBEITEN.*

Staatliche Fürsorge für unbemittelte Schwindsüchtige, mit einer Beschreibung des ersten State Hospitals für Tuberculose in den Vereinigten Staaten.

Von

Dr. Alfred Meyer.

Für den Arzt, welcher die Ausübung seines Berufes vor zwanzig oder mehr Jahren begonnen hat, ist unter den mannigfachen Umwälzungen, welche Theorie und Praxis der Wissenschaft erfahren haben, kaum irgend eine erfreulicher, als die, welche sich auf die Prognose der Lungenschwindsucht bezieht. Die Hoffnungslosigkeit der damaligen Anschauung führte entweder zu einem Uebermass empirischer medicineller Therapie, oder zu einem therapeutischen Nihilismus, welch letzterer mit mehr oder weniger Ergebung (je nach dem Standpunkte des Arztes oder des Patienten) dem letalen Ausgange entgegensah. Andral (Reynolds's System of Medicine) sagt: „Keine Thatsache beweist, dass die Phthise jemals geheilt worden ist, denn es ist nicht die Kunst, welche zur Vernarbung der Cavernen führt" etc. Sonderbarerweise glaubte Laënnec, dass die Phthise ersten Grades unheilbar war, dass aber ein Fall, welcher zur Bildung von Cavernen vorgeschritten, durch Vernarbung derselben genesen könne.

Im Jahre 1870 schrieb Niemeyer in seinem Werke: „Nach dem Gesagten folgt es, dass der Tod der häufigste Ausgang aller

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York am 4. December 1899.

Formen der Lungenschwindsucht ist, und dass er der einzige Ausgang bei der Tuberculose ist, aber bei den Formen der Krankheit, welche auf eine Pneumonie beruhen, sind Besserungen und annähernde Genesungen nicht so selten wie gewöhnlich angenommen wird."

Sogar die günstigeren Schlussworte dieses Ausspruches scheinen „die Prognose mit leichtem Lob zu verdammen."

In der Geschichte der Medicin erhoben sich von Zeit zu Zeit Stimmen zu Gunsten der Behandlung dieser Krankheit durch energische Bewegung und Leben im Freien. Unter diese Stimmen zählt Burton-Fanning ("The Lancet," March, 1898) sogar Aretaeus, Hippocrates, Celsus und Galen — aber bis in die neuere Zeit hinein war die Mehrzahl der Aerzte bei dieser Erkrankung im Pessimismus befangen, und man war wenig geneigt, die Behandlung im Freien als werthvoll zu würdigen — ich meine die Behandlung im Freien unter beständiger ärztlicher Obhut, — kurz, die Behandlung in Sanatorien.

Es sind fast 50 Jahre verstrichen, seitdem Dr. Brehmer in Görbersdorf (damals noch ein junger Mann) sein Buch über die Heilbarkeit der Lungenschwindsucht veröffentlichte, und anfing seine Ideen praktisch durchzuführen, trotz vieler feindlicher Angriffe. Und Brehmer hatte schon viele Jahre praktische Resultate aufzuweisen, bevor man lernte sie genügend zu schätzen. Dies scheint um so merkwürdiger, wenn man bedenkt, dass in dem langen Zeitraume, während welches sich eine Wandlung der Anschauungen in prognostischer Hinsicht vollzog, tagtäglich neue Beweise von der Heilbarkeit der Phthise sich auf dem Seciertische darboten. Die Kraft dieser Beweise ist geradezu überwältigend, gesammelt wie sie sind von den pathologischen Anatomen der ganzen Welt und auf das Klarste darthuend das häufige Vorkommen geheilter tuberculöser Läsionen in den Lungen von Menschen, welche an anderen Erkrankungen gestorben sind. Dieser Thatbestand wird fast unwiderleglich gemacht durch die Entdeckung des Tuberkel-Bacillus, welcher die Diagnose ante-mortem und post-mortem vereinfachte, und der langdauernden Verwirrung und den Widersprüchen in der Classification schliesslich ein Ende machte. Diese verschiedene Thatsachen haben dazu beigetragen, allmählich einen Umschwung der ärztlichen Anschauungen herbeizuführen, die Wichtigkeit einer Früh-Diagnose zu betonen, und den wahren Werth der Sanatorium-Behandlung und der ihr zu Grunde liegenden Principien

klar zu machen. Und jetzt, zum Schluss dieses Jahrhunderts, zeigt die ganze Welt in der Prophylaxe und Heilung dieser Krankheit ein intensives Interesse und einen ernsten Eifer, den man vor 25 Jahren kaum für möglich gehalten hätte. Der frühere Pessimismus hat einem vernünftigen und gerechten Optimismus Platz gemacht.

Die Bemühungen von Individuen zur Linderung und Unterdrückung dieser Krankheit, besonders unter den Armen, sind durch ähnliche Bestrebungen von Seiten aus Aerzten und Laien bestehenden Gesellschaften ergänzt worden, und in Folge dessen gibt es in Europa kaum ein Land in welchem Sanatorien für Reiche und Arme fehlen; in manchen Ländern, besonders in Deutschland und Frankreich nimmt ihre Zahl rasch zu. Im Orient war Japan schon im Jahre 1897 in der Errichtung eines Sanatoriums unter dem Schutz Ihrer kaiserlichen Hoheit der Kaiserin begriffen. (W a l t e r s — Sanatoria for Consumptives). In unserem eigenen Lande haben T r u d e a u, L o o m i s und B o w d i t c h in den östlichen Staaten vorbereitend gewirkt — ebenso Institute wie The Country Sanitarium of the Montefiore Home, the Seton, Gabriel und de Peyster Sanatoria, the St. Joseph's Hospital, New York; the Brooklyn Home for Consumptives und the Philadelphia Home for Consumptives. Schliesslich repräsentirt die Gründung des Massachusetts State Hospital for Consumptive and Tubercular Patients einen wichtigen Abschnitt in dem Kampf gegen diese Krankheit in den Vereinigten Staaten — nicht so sehr wegen der natürlicherweise geringen Zahl von unbemittelten Kranken, welche derart die nöthige Versorgung geniessen, sondern deswegen, weil mit Errichtung dieser Staatsanstalt zum ersten Male das Princip der staatlichen Fürsorge für solche Fälle anerkannt ist, und hiermit die Hoffnung gegeben ist, dass das Princip in allen Staaten der Union nachgeahmt werden wird. Genau wie dieser Neu-England Staat vor 40 Jahren in der Bewegung für die Befreiung der Sklaven in der Vorderreihe des Kampfes zu finden war, so ist Massachusetts wieder Leiterin in der neubelebten Bewegung gegen die Tuberculose — ein Muster für die Schwester-Staaten in wohlgeregelten, humanitären Bestrebungen. In Anbetracht der Thatsache, dass im verflossenen Winter der New Yorker Legislatur ein Gesetz vorgelegt wurde, um Bewilligung von $200,000 für die Gründung eines State Sanatoriums in den Adirondacks, und da ferner derselbe oder ein ähnlicher Entwurf diesen Winter

wieder vorgelegt werden soll, mag es nicht ohne Interesse für diese Gesellschaft sein, im Genaueren zu erfahren, was nach dieser Richtung hin von Massachusetts geleistet worden ist, und auf welche Weise es durchgeführt wurde.

Ein unlängst gemachter Besuch in Rutland, wo sich das Massachusetts State Hospital for Tuberculosis befindet, hat mir Gelegenheit gegeben, mich durch den Augenschein davon zu überzeugen, was man dort geleistet hat. Ich bin dem Herrn J. C. Hammond von Northampton zu Dank verpflichtet für einige Mittheilungen über die ersten Anfänge. Nach einer vorbereitenden Agitation nahm die Bewegung in Massachusetts schliesslich im Jahre 1895 greifbare Gestalt, indem von der Legislatur ein Board of Trustees aus fünf Mitgliedern bestehend ernannt und die Summe von $150,000 bewilligt wurde. Dieses Board organisirte sich, und seine erste Lebensäusserung war, dass an jeden zur Praxis befugten Arzt des Staates ein Rundschreiben gerichtet wurde. Auf diese Weise erhielt man viel guten Rath, und erfuhr das Gutachten des ärztlichen Standes über verschiedene Punkte. Der nächste Schritt war die Wahl von Rutland, nahe Worcester, als Sitz der Anstalt. Interessant ist die Thatsache, dass der gewählte Sitz genau im geographischen Centrum des Staates liegt; er liegt 1160 Fuss über dem Meer, gegen Norden durch einen etwa 100 Fuss höher gelegenen Hügel geschützt und im Ganzen 200 Morgen Land umfassend. Die Pläne eines Bostoner Architecten wurden acceptirt, welcher einstöckige Pavillons, abwechselnd lang und kurz mit genügender Entfernung für die Zufuhr von viel Licht und Luft, und durch einen bequemen bedeckten Weg mit einander verbunden vorschlug. Das Hospital wurde am ersten Oktober 1898 eröffnet, und der erste Patient fand Aufnahme am dritten Oktober 1898. Zur Zeit meines Besuches im April '99 war das Institut voll und beherbergte 175 Patienten beider Geschlechter. Der Vorsteher, Dr. Marcley, war abwesend; ich wurde jedoch auf's freundlichste durch die Doktoren Butler und Dunham in die Spitalsfamilie aufgenommen. Die Anordnung der Säle entspricht den Speichen eines Rads, und führen dieselben alle am nördlichen Ende zu einem sie vereinigenden Corridor, welcher sozusagen dem Radbogen entspricht. Am südlichen Ende sind sie mit einem grossen glasbedeckten Solarium versehen, umgeben von einer breiten Veranda, nach drei verschiedenen Seiten hin frei, eine vorzügliche Einrichtung mit ausgezeichneter Gelegenheit für die Ruhekur im Freien. Ein

Fig. 1. Langer Pavillon.

central gelegenes zweistöckiges Haus dient als Verwaltungsgebäude und trennt die männlichen von den weiblichen Sälen. Aeusserlich sind die Gebäude weiss mit Portland Cement bedeckt, und haben ein recht freundliches Ansehen. Ueber jeder Decke ist ein Ventilirraum, welcher in Verbindung steht mit einer Reihe unter der Dachrinne sich befindende Oeffnungen. Alle Ecken sind abgerundet und der Corridor hat keine Stiegen, sondern folgt der natürlichen Steigung, Einzelheiten, welche das Anhäufen von Staub verhüten und auf diese Weise zur sanitären Vollkommenheit der Gebäude beitragen. Jeder lange Saal hat 22 Betten, und 5 Zimmer mit je einem oder zwei Betten für Fälle die isolirt werden müssen oder bei welchen eine Complication eintritt. Die Beleuchtung ist elektrisch; die Heizung wird durch Dampf und heisse Luft versorgt. Ein grosser offener Herd und Kamin in der Mitte eines jeden Saales dient eher Zwecken der Ventilation als derjenigen der Heizung. Der Vorsteher ist ein Arzt und bekommt einen Gehalt. Die ärztliche Behandlung ist den zwei besuchenden Aerzten, den Doctoren B o w d i t c h und C l a p p aus Boston anvertraut, sie repräsentiren die zwei Schulen der Medicin (Allopathie und Homeopathie) und bekommen einen Gehalt. Jeder von ihnen besucht das Institut wöchentlich, und hat ausserdem wöchentlich eine bestimmte Sprechstunde in Boston zur Untersuchung von Applikanten. Im Hospital selbst wohnen zwei Hausärzte, welche ohne Gehalt ein Jahr lang dienen. Patienten oder ihre Counties zahlen $5 per Woche, und haben die Wahl der allopathischen oder homoeopathischen Abtheilung. Die allgemeine Routine gleicht derjenigen ähnlicher Institute. Jeder Patient bekommt ein Büchelchen, in welches er täglich die Anzahl der im Freien verlebten Stunden einträgt — auch Zustand des Schlafes, der Verdauung, des Appetits. Jedem Patienten wird angerathen, sich mit seinem eigenen klinischen Thermometer zu versehen und Protokoll über seine Temperaturen zu führen. Ausserdem bekommt jeder Patient einen Spuknapf aus Pappendeckel, und diese, sammt dem Auswurf werden täglich verbrannt; ausserhalb des Institutes expectorirt er in japanesisches Papier, in einem automatisch sich schliessenden Gummibeutel (Tabaksbeutel) enthalten und in der Tasche getragen. Servietten aus japanesischem Papier werden bei Tisch benutzt, und nach ihrem Gebrauch verbrannt. Man servirt täglich drei ausgiebige und drei kleine Mahlzeiten; während des Winters ist den kräftigeren Patienten das Fällen von todten Bäumen in den

Fig. 2. Patienten im Schnee.

benachbarten Gehölzen des Staates erlaubt worden, um den Trieb fürs Leben im Freien zu steigern. Das so gewonnene Holz ist in drei von den Patienten selbst gebauten Winterlagern verbrannt worden. Die Patienten sammeln sich um diese herum, genau wie echte „Backwoodsleute", erzählen Geschichten, rauchen eine heimliche Pfeife und verjüngen sich an Körper und Gemüth. „Camp Welcome" mag als Illustration dienen. Es ist einfach ein offener Raum unter den Tannenbäumen, auf allen Seiten von Wind geschützt durch ein Netzwerk geflochtener Tannenzweige, von den Kranken selbst verarbeitet. Innerhalb diesem Raum stehen Bänke aus einfachen Brettern für die Bequemlichkeit der Patienten, und in der Mitte über dem Herd steht ein Stück von einem alten weggeworfenen Ventilrohr um dem Feuer einen tüchtigen Zug zu verleihen. Die Heiterkeit dieser „Winter Camps" hat sich für die Patienten als eine grosse Anziehungskraft erwiesen und ist ein recht erhebliches Hülfsmittel in ihrer Behandlung.

Einrichtungen für Hydrotherapie, pneumatisches Cabinet und Röntgenapparat fehlen. Das beständige Ueberwachen der Ventilation durch geprüfte Wärterinnen gewöhnt die Patienten bald bei nach der Leeseite geöffneten Fenstern zu schlafen — und thatsächlich steigt die Temperatur in den Krankensälen den ganzen Winter bei Tag und Nacht kaum über 40° F. Männliche Wärter sind nicht in Verwendung. Bei Tage hat eine Wärterin die Ueberwachung von 32 Patienten, bei Nacht besorgt je eine Wärterin die männliche und die weibliche Abtheilung, respective 90 Patienten. Ohne Zweifel ist dies eine ungenügende Zahl von Wärterinnen, ein Zustand dem aus ökonomischen Rücksichten nicht abgeholfen werden kann. Patienten deren Zustand es gestattet wird man später leichte Arbeit verrichten lassen: Gärtnerei und Erdarbeit. Eine Vergnügungshalle ist nicht vorhanden, hingegen existirt eine kleine Bibliothek; ein Patient fungirt als Bibliothekar. Einmal wöchentlich findet entweder eine musikalische Unterhaltung statt oder ein Lese-Abend, wozu Vorleser aus verschiedenen Orten des Staates ihre unentgeltlichen Dienste anbieten. Unter den Patienten herrscht eine freudige und hoffnungsvolle Stimmung, in Folge der absoluten Trennung der hoffnungs l o s e n und der hoffnungs v o l l e n Fälle; diese Trennung ist nach meiner Meinung eine fundamentale Idee für die Behandlung der Phthise in Sanatorien. Damit ist nicht die Separirung der hoffnungslosen Fälle in einem besonderen Stock-

werke oder Flügel gemeint, sondern ihr völliger Ausschluss von der Anstalt. Fälle deren Prognose anfangs ihre Aufnahme begünstigte, werden entlassen wenn sie innerhalb vier bis sechs Wochen keine Besserung zeigen — Besserung in Bezug auf Gewicht, Temperatur, Husten, Auswurf, Dyspnoe oder allgemeine Kräfte. Interessant war die Thatsache, dass man wenig Husten hörte — eine Thatsache, welche schon häufig wahrgenommen und besprochen worden ist. Ich muss das Geständniss ablegen, dass ich selbst fast der einzige war, dessen Husten ich während

Fig. 3. Patienten im Wald spazieren gehend.

meines 24stündigen Aufenthaltes hörte. In dem halben Jahr seiner Existenz sind in diesem Institute 224 Patienten aufgenommen worden, und eine sehr grosse Anzahl derselben ist nach einem durchschnittlichen Aufenthalte von blos 4 Monaten als gebessert entlassen worden. In groben Zügen geschildert haben wir hier ein Bild von den Ergebnissen staatlicher Fürsorge für unbemittelte Schwindsüchtige im Staate Massachusetts. Ist irgend ein guter Grund vorhanden, weshalb der Staat New York

nicht Aehnliches erzielen sollte? Man wird vielleicht den theoretischen Einwand machen, dass solche Institute in diesem Lande und unter unserer Regierungsform zu sehr den Anschein von „Väterlichkeit" besitzen, und dass die Lösung des Problems der Tuberculösen eher dem einzelnen Bürger oder den von ihm ge-

FIG. 4. Ruhekur im Freien.

bildeten Gesellschaften überlassen werden sollte. Aber mit wenigen, desto auffallenderen Ausnahmen, haben wir bisher auf die Einigung unserer individuellen Kräfte vergebens gewartet — und diese Ausnahmen zeigen in einem noch grelleren Licht wie zuvor, unsere ungenügenden Vorkehrungen im Kampfe mit diesem grossen Problem — ein Problem dessen Lösung heutzutage noch

dadurch erschwert wird, dass dem Schwindsüchtigen die Aufnahme in die allgemeinen Krankenhäuser noch erschwert ist, seitdem die Infectionstheorie zur Geltung gekommen ist. Wenn wir nun den theoretischen Vorwurf gegen die staatliche Fürsorge analysiren, welchen Werth hat er?

Bryce sagt in seinem "The American Commonwealth": "The State exists as a commonwealth by virtue of its constiution, and all State authorities, legislative, executive and judicial, are the creatures of, and subject to, the State Constitution." (Vol. 1, p. 420.) Aber es existirt wahrscheinlich kaum eine einzige "State Constitution" in der Union, welche nicht Vorkehrungen trifft zur Gründung von Staats-Spitälern, sowohl wie Staatsgefängnisse. Nun ist mir nicht ganz klar, weshalb der Staat nicht auch seine hülflosen Kranken überwachen soll, ebenso wie seine Verbrecher — im Fall der Tuberculösen im Interesse des Staats sowohl wie im Interesse der Leidenden. Nach einem Studium der Regierungsform eines jeden einzelnen Bundesstaates sagt Bryce (loc. cit. p. 443): "A spirit of humanity and tenderness for suffering, very characteristic of the American people appears in the directions which many constitutions contain for the establishment of charitable and reformatory institutions."

Staatliche Fürsorge für schwindsüchtige Arme würde auch nicht dem Geist der amerikanischen Regierungsform widersprechen, nämlich, „dass man sich nur wenig auf die Beamten verlässt und ihnen nur wenig Vollmacht zumuthet für ein willkürliches Einschreiten." Denn eine solche Fürsorge würde dem Beamten „solche Functionen zu Theil werden lassen, welche dem Individuum und dem Gemeindewesen eher nützlich sein würden, als dass sie auf Privatunternehmen hemmend oder aufhebend wirken würden. (Loc. cit., Vol. 11, p. 465.) Staatliche Fürsorge für die Irren war das natürliche Resultat der „County"-Fürsorge — nur ein Unterschied der politischen Einheiten. Die staatliche Fürsorge für Schwindsüchtige würde sich etwas anders verhalten, etwa so, wie die staatliche Obhut der Epileptiker, da für beide Erkrankungen von den „Counties" vorher keine gesonderte Behandlung eingeführt worden ist. Jedoch mit einem grossen Unterschied und zwar zu Gunsten der staatlichen Fürsorge für Schwindsüchtige; während man nämlich annahm, dass zur Zeit der Bewegung für ihre staatliche Fürsorge 12,000 Epileptiker im Staate New York lebten, starben mehr als 13,000 Menschen jährlich an der Schwindsucht im selben Staate.

Diese Zahl ist grösser als alle Todesfälle von Scharlachfieber, Masern, Keuchhusten und Diphtherie zusammengerechnet. Es ist gerade dieses Ungeheure in der Aufgabe, welches staatliche Hülfe zu rechtfertigen scheint. Und wenn wir auch dem theoretischen Vorwurf eine gewisse Gültigkeit zuschreiben, sollten wir uns nicht von Rechtswegen fragen, ob derselbe von den Vortheilen überwogen wird? Und ganz einerlei; hat nicht der theoretische Vorwurf dieselbe Gültigkeit für unseren Schwesterstaat? Und wenn die directen oder indirecten praktischen Vortheile für jeden Bürger in Massachusetts den theoretischen Vorwurf überwogen, kann man nicht dasselbe vernünftigerweise vom Staate New York behaupten? Worin besteht der wesentliche Unterschied im Volk und in der Politik?

Und wenn wir zu den praktischen Gegengründen kommen, was sind sie? Hauptsächlich die Frage der Unkosten, dasselbe Argument, welches sich einige Jahre lang als wirksam gegen die staatliche Fürsorge für Irren erwiesen hat. Im Jahre 1889 drückte sich eines der grossen New Yorker Zeitungen über diese Irrenfrage wie folgend aus: "In the interest of the good name of the State of New York it is greatly to be hoped that the present Legislature will not again treat this question as a matter of dollars and cents." Diese Worte kann man heute mit voller Gerechtigkeit bei der Frage der staatlichen Fürsorge für Schwindsüchtige anwenden, sogar mit noch mehr Recht, da die Sache das Interesse — ja das Leben, einer solchen ungeheuren Menschenzahl betrifft.

Das Gesetz, welches im verflossenen Winter der Legislatur vorgelegt wurde, und welches die Billigung von $200,000 für ein Staats-Sanatorium in den Adirondacks forderte, ist vom Finanz-Comité des Senats abgewiesen worden wegen der damit verknüpften Auslagen und dem Verlangen nach Einschränkung.

Ueber diese Phase der Sache möchte ich mir folgenden Auszug aus einem von Dr. S. A. Knopf im N. Y. "Medical Record," Nov., '97, erschienenen Artikel (angeführt im "Boston Herald," Dec. 23, '98) erlauben, welcher diesen Standpunkt des Gesetzes in Massachusetts betrifft: "When the worthy but poor consumptive is taken in time to an institution where his chances of recovery are still good, he will have little chance to infect the other members of his family, and he is likely to return, after a relatively short sojourn, restored to health and hygienically educated, ready to become again a bread winner and a supporter of his family.

Now, the maintenance of this patient in a municipal (or State) Sanatorium for from three to six months or longer, during the earlier stages of the disease will cost the commonwelath no more than if he had been taken to the general hospital for perhaps the same period of time, but in a much farther advanced and more hopeless state of his disease. If the family were absolutely destitute, the members would have to be supported by the municipality, whether the head of the family were in the Sanatorium or general hospital. But since when treated in time and in a special institution he has twenty-five to thirty-five more chances of getting well, the likelihood of the community being obliged to support a widow and several orphans has thus also been reduced by nearly one-third." In gewissen Kreisen zeigt man eine Neigung ein zu grosses Gewicht auf die allmählige aber stete Abnahme der Procentzahl zu legen, welche die Lungenschwindsucht in verschiedenen Welttheilen unter den Todesursachen einnimmt.

Nach einem Studium der Vitalitäts-Statistik von England und Wales kommt Ransome (Weber-Parkes Prize Essay, 1897) zu dem Schluss, dass, falls die Phthise dort während der nächsten 30 Jahre eine ähnliche Abnahme aufweisen sollte wie in den letzten 58 Jahren, sie bis zu diesem Termin völlig verschwunden sein wird. Wenn wir auch dieses Horoskop als zutreffend für unser Land und unser Volk acceptiren, hat es nicht mehr practischen Werth, als wenn wir dem heutigen hungernden Bettler eine ausgiebige Mahlzeit nach einem Jahr versprechen — jedoch mit diesem Unterschied, dass solche Berechnungen der Frage einen Ton der Hoffnung verleihen, wo wir es so lange mit der Hoffnungslosigkeit zu thun gehabt haben, und dass daraus der ärztliche Stand und die Welt neuen Muth schöpfen kann.

Es geziemt uns nicht mit Händen im Schooss dieses Millenium ruhig abzuwarten. Auch wenn wir zu spät kommen, um in dieser grossen modernen Bewegung Führer zu sein, sollten wir wenigstens gute Folge leisten — sollten wir durch das Beispiel und die Erfahrung anderer profitiren, und uns neben die grossen europäischen Länder stellen in diesem Kampf der Humanität für die Humanität.

801 Madison Ave.

Ein Fall von cerebraler Kinderlähmung.*

Von

Dr. Belkowsky.

Herr Präsident, meine Herrn Collegen: Die Krankheit, von der ich heute vor Ihnen zu sprechen die Ehre habe und eines ihrer zahlreichen Bildern Ihnen vorzuführen ich mir die Erlaubniss nehme, verdient Ihre werthe Aufmerksamkeit von verschiedenem Standpuncte aus: Erstens sind solche Krankheiten, glücklicher Weise, nicht gerade die häufigsten und begegnet man ihnen mehr in den Siechenhäusern als in den Spitälern, und ist daher die Diagnose dieser Krankheit dem practischen Arzte nicht leicht, und wird ein solches krankes Kind dem Familienarzt gezeigt, so begnügt sich der Arzt entweder mit stillschweigendem Achselzucken oder mit der Bemerkung, „das Mark ist geschwunden, das Hirn ist krank" und dergleichen Ausdrücke; zweitens ist in unserem Falle die allgemeine Ausbreitung der Krankheit von Interesse; ferner sind die Protocolle über Aetiologie und pathologische Anatomie bei Weitem nicht geschlossen.

Die klinischen Erscheinungen dieser Krankheit sind so mannigfach, dass sie den Autoren zur Aufstellung von verschiedenen Krankheiten und einer umfangreichen Nomenclatur Veranlassung gaben.

Sie finden daher die Krankheit als Porencephalie, L i t t l e'sche Krankheit, spastische Hemiplegie der Kinder, psastische Paralyse etc., etc. bezeichnet. Man bezeichnet bekanntlich als cerebrale Kinderlähmung jene Hirnlähmungen bei Kindern, die sich durch Geschwülste, wie Glioma, Harcoma, Tuberkel etc., etc., hervorgerufen sind und die sich schon während des Fötallebens oder wenigstens in den ersten Lebensmonaten manifestiren. Die Grundzüge dieser Krankheit bestehen bekanntlich in motorischen Störungen, die meistens spastischer Natur sind und Paralyse. Letztere ist niemals eine schlaffe, sondern immer von mehr weniger stark ausgesprochener Starrheit oder Contractur begleitet. Diese Starrheit oder Contractur kann so bedeutend sein, dass es genügen kann, den Kranken bei einer Extremität zu fassen, um ihn wie einen inerten Block umdrehen zu können. Die motorischen Störungen können sich als Hemiplegie, was am häufigsten

* Demonstration mit Vortrag, gehalten vor der Deutschen Medicinischen Gesellschaft von Cleveland.

der Fall ist, seltener als Diplegie und noch seltener als Monoplegie äussern; es können athetishe oder choreatische Bewegungen bestehen, wie bei einer Hemiplegie postapoplectica bei Erwachsenen; Sprachstörungen bis zur completen Aphasie; Intelligenzstörungen bis zur completen Idiotie; epileptische Anfälle und gesteigerte Patellarreflexe.

Und nun zu unserem Falle. Die Krankengeschichte unseres Patienten giebt uns nicht viel Aufschluss. Eltern und Geschwister gesund, aber alle sind sehr zart gebaut und, gelinde gesprochen, nicht sehr beherzt; sie können die geringste Wunde nicht anblicken. Vater und Mutter sind nicht verwandt; neuropathische Belastung wird beiderseits gelegunet, dagegen soll die Mutter während der Schwangerschaft während sechs Wochen (!) an Lungenentzündung gelitten haben; dagegen die Geburt war leicht und schnell und das Kind kam lebendig und nicht asphyctisch zur Welt. Das Kind war aber von Geburt an nicht wohl, schrie beständig (vielleicht in Folge von nervöser Reizung). Gegen den dritten oder fünften Monat merkten die Eltern, dass das Kind seine Extremitäten, besonders die rechten, etwas steif hält. Sie consultirten viele Aerzte, aber jeder Arzt diagnosticirte eine neue Krankheit und verordnete Neues. Später wurde das Kind in New York mit Electricität behandelt. Alles umsonst — die Krankheit dauerte fort, machte Fortschritte, es stellten sich Zuckungen (choreatische Bewegungen?) und epileptische Anfälle ein, die bald öfters, bald seltener auftraten; noch bis vor zwei Jahren, als ich Pat. zufällig sah, fielen mir die Contractionen im rechten Mundwinkel auf. Seit zwei Jahren soll das Kind keine epileptische Anfälle gehabt haben.

Status praesens. — Sie sehen, wir haben es hier mit einem menschlichen Wesen, männlichen Geschlechtes, zu thun, über dessen Alter Sie sich wahrscheinlich irren werden. Es hat nämlich das Alter von 15 Jahren erreicht. Sie constatiren die Kleinheit des Kopfes für dieses Alter; die Schädelknochen sind sehr hart; das Hinterhaupt fällt steil herunter; der Gesichtsausdruck ist eben ohne Ausdruck, leer, idiotisch; aus dem offenen Munde fliesst der Speichel nach aussen; es ist aber kein Ptyalismus, es besteht keine Reizung der secretorischen Nerven, sondern der Speichel fliesst nach aussen, weil der Kranke nicht schlucken kann, und dies wiederum hat seinen Grund an der linksseitigen Facialisparalyse und höchst wahrscheinlich ist der Trigeminus, besonders der Ramus inframaxilaris paralysirt;

in Folge dieser Paralyse fliesst der Speichel statt nach dem Pharynx, nach aussen zu. Der Kranke muss auch deshalb von seiner Mutter wie eine Gans gefüttert werden, d. h. die Mutter schiebt die breiigen Speisen gegen den Oesophagus, wo erst der Schluckact erfolgt; es besteht kein Strabismus, keine Zuckungen, aber wie ich Sie versichern kann, sah ich solche vor etwa zwei Jahren im rechten Mundwinkel. Am Körper merken Sie, dass er nach vornüber gebeugt ist, somit die Rückenmusculatur gestreckt und die vordere verkürzt ist. Die Oberarme, besonders der rechte, sind durch die Wirkung der Pectorales und Serrati, gegen den Thorax stark adducirt, die Vorderarme im Ellenbogen flectirt und die pronirte Hand im spitzen Winkel volarwärts gebeugt, während die letzten Nagelphalangen wiederum dorsalwärts gebeugt sind; dasselbe constatiren sie an den Unterextremitäten. Oberschenkel stark adducirt im Coxo-femoralgelenk gebeugt; Unterschenkel im Kniegelenke flectirt und der Fuss in starker Varoequimusstellung. Sie constatiren ferner trophische Störungen und Wachsthumsstörungen sowohl am Schädel als am ganzen Skelet. Schädel ist microcephalisch; Schädelknochen verhärtet, höchst wahrscheinlich in Folge des Nachlasses des intracranielen Druckes von Seite des Gehirns. Die Atrophie der Musculatur ist keine degenerative, denn die Untersuchung mit beiden Arten des electrischen Stromes ergab mir nur unbedeutende qualitative Veränderungen. Der Kranke lässt Urin und Fäces unter sich, aber nicht in Folge Paralyse der Sphincteren, denn eine solche besteht nicht, sondern in Folge der schweren, geistigen Störung. Die Patellarreflexe sind erhöht; die Aphasie ist eine complete, es bestehen keine choreatische oder athetotische Bewegungen.

Meine Herrn, ich kann nicht den Status praesens schliessen, ohne Sie auf die ungewöhnliche Entwickelung der Genitalien bei unserem jungen Kranken aufmerksam zu machen. Sie constatiren die Grösse des Penis und der Hoden. Eine Erscheinung, die man sehr oft bei Idioten und Schwachsinnigen antrifft. Viele erklären dies durch Masturbation, aber wie Sie sehen, mit Unrecht, denn unser Kranke masturbirt nicht und kann nicht masturbiren. Wahrhaftig, als wollte die Natur das dem Untergange gewidmete Individuum vom Aussterben des Geschlechtes retten und sammele alle ihre Kräfte an den Reproductionsorganen. Oft genug beobachtet man eine gesteigerte geschlechtliche Thätigkeit — Reizung genannt — als Initialerscheinung bei

Rückenmarks- (Tabes) und Geisteskrankheiten (Paralyse), die vieleicht dieselbe metaphysische Erklärung zulässt.

Diagnose. — Wir basiren unsere Diagnose von cerebraler Kinderlähmung bei unserem Kranken sowohl auf Grund des Status praesens, als auf Grund des ganzen Verlaufes der Krankheit. Sie wissen aus der Krankengeschichte, dass die Krankheit sich schon in den ersten Lebensmonaten des Kindes manifestirte, nämlich sich als Starrheit der Glieder äusserte, dass Juckungen und unwillkürliche Bewegungen (choreatische oder athetotische) da waren, dass das Kind bald oft, bald in grösseren Zwischenräumen epileptische Anfälle hatte, die bis vor zwei Jahren bestanden haben. Sie constatirten die allgemeine Starrheit, die complete Aphasie, die möglicher Weise nicht sowohl auf Zerstörung des Sprachcentrums, als vielmehr auf die allgemeine Hirnläsion zurückzuführen ist. Ferner wissen wir, das, was die cerebrale Kinderlähmung characterisirt, sind eben spastische Erscheinungen, die zur vollständigen Contractur führen können; athetotische und choreatische Bewegungen, Muskellähmungen, Steigerung der Sehnenreflexe, Aphasie, psychische Schwäche bis zur completen Idiotie, nicht degenerative Atrophie — ein Complexus von Symptomen, den wir fast vollzählig bei unserem Kranken antreffen. Auch vasomotorische, trophische Störungen, sowie Lähmungen von Gehirnnerven finden wir bei unserem Kranken. Die Differenzialdiagnose zwischen cerebraler Kinderlähmung und spinaler, sowie zwischen multipler Gehirn- und Rückenmarksclerose ist leicht, und will ich sie nicht erörtern.

Was die Aetiologie anbelangt, so waren es besonders der englische Chirurge Little, der deutsche Arzt Heine und in neuerer Zeit Sachs in New York und Freud in Wien, die unsere Kenntnisse auf diesem Gebiete erweiterten. Sachs hebt die neuropathische Belastung, sowohl mütterlicher wie väterlicher Seite hervor. Die Krankheit kann während der Schwangerschaft entstehen durch Schädlichkeiten, die die Mutter treffen — infectiöse Krankheiten wie Pneumonie, Typhus, Urämie, Traumen des Abdomens; während der Geburt durch langes Verweilen des Kopfes im Beckeneingange, wo der Kopf gedrückt wird, oder durch die schlecht angelegte Zange; nach der Geburt — acquirirt durch infectiöse Krankheiten — Masern, Scharlach, Meningo-Encephalitis, durch heftige Emotion, besonders Schreck.

Was die pathologische Anatomie belangt, so ist bei Lähmungen, die während des Fötallebens entstanden sind, die Initial-

Läsion schwer zu bestimmen, weil wir es mit Endergebnissen abgelaufener pathologischer Processe zu thun haben. Die Defecte im Gehirn sind Folgen der intrauterin stattgefundenen intracerebralen oder meningealen Blutungen oder encephalitischer Processe. Die Lähmungen, die eine schwere Geburt als Ursache haben, verdanken ihr Entstehen nachgewiesenermaassen auch Blutungen mit consecutiver chronischer Meningo-Encephalitis, Sclerose und cystöser Degeneration. Bei Lähmungen, die nach der Geburt acquirirt wurden, spielt die infectiöse Meningo-Encephalitis die Hauptrolle; aber auch Embolien, Thrombose und Blutungen sind als Ursachen nicht ausgeschlossen; z. B. sieht Sachs die Hämorrhagie als Hauptbefund bei cerebraler Kinderlähmung an, während Powers die Thrombose der oberflächlichen Venen, die zum Sinus longitudinalis aufsteigen, als Ursache der Schrumpfung und Sclerosirung der darunter liegenden Hirnwindung annimmt.

Der Verlauf der Krankheit ist chronisch; manchmal tritt ein Stillstand und ein Zurückgehen der Krankheit ein und die Kranken, falls sie nicht durch eine intercurrente Krankheit hingerafft werden, können ein ziemliches Alter erreichen.

Die Diagnose ist also quoad vitam nicht schlecht, dagegen muss man in Bezug auf Intelligenz vorsichtig sein; auch ist das Erscheinen von Starrheit von übler Bedeutung für die Bewegungen.

Die Therapie soll mit Massage, Gymnastic, Electricität sogar in verzweifelten Fällen gute Resultate aufzuweisen haben.

Cleveland, Ohio.

Ueber die moderne Behandlung von Frakturen.

(Abschnitt aus dem neuen, demnächst erscheinenden Lehrbuch der Fracturen von Dr. Carl Beck, nebst Illustrationsproben.)

Bei keinem Leiden kommt die Wahrheit des Spruches: „Qui bene diagnoscit, bene medebitur", so markant zur Geltung und bei keinem rächt sich seine Nichtachtung so augenfällig, als bei den Fracturen. Seitdem die Roentgenstraheln wie mit einem Zauberschlage alle die dunklen Gebiete erhellten, auf denen noch bis vor Kurzem unsere Besten strauchelten, ergeben sich die Regeln der Behandlung beim Studium eines Roentgenbildes eigent-

lich von selbst. Statt also complicirten und in Folge mangelhaften anatomischen Verständnisses unklar gehaltene Vorschriften zu beobachten, bedarf es heutzutage wenig mehr, als den Eingebungen des gesunden Menschenverstandes zu folgen.

Einfache subcutane Fracturen, welche wenig oder gar keine Dislocation aufweisen, heilen oft ohne, vielfach sogar trotz der angewandten Behandlungsmethode, wie sich schon aus dem endlosen Sündenregister der Quacksalber unschwer erkennen lässt. Ja, die Zahl der Brüche, die während der Behandlung überhaupt nicht als solche erkannt wurden, dürfte sich auf Millionen belaufen.

Der oberste Grundsatz bei einer rationellen Fracturentherapie heisst: Wiedervereinigung der gebrochenen Enden in normaler Lage, und ohne die Nachbargewebe und die Function des Gliedes irgendwie zu stören. Wo keine D i s location der Fragment vorhanden ist, bedarf es natürlich auch keiner R e location, oder besser gesagt Reduction. Dagegen bedarf es eines Verfahrens, welches die Richtigstellung der Glieder während der Behandlungsdauer gewährleistet. Wir erreichen dieses durch eine passende Immobilisation. Auf die Art derselben werden wir weiter unten zurückkommen.

Nun wissen wir jedoch, dass in der grossen Mehrheit der Fälle eine mehr oder minder bedeutende Displacirung*) der Fragmente eintritt. Dass es da geboten ist, die von der Stelle gerückten Knochenenden wieder in ihre normale Stellung zurückzubringen, ist doch mehr als selbstverständlich. Ist dieses Zurückbringen in die normale Stellung — die exacte Reposition, — gelungen, so wird man ebenfalls an die passende Fixirung in normaler Stellung zu denken haben.

Diese Lehrsätze sind so einfach, dass man sich beinahe genirt sie auszusprechen und doch wird ungemein viel gegen sie gesündigt. Hört man doch sogar im Dunstkreise academischer Hörsäle den Rath, dass die Hauptsache bei der Fracturenbehandlung die Rücksicht auf die Weichtheile wäre, ein Princip, welches speciell bei der Behandlung der Fractur des unteren Radiusendes die sonderbarsten Blüthen getrieben hat. Weil also nach einer nicht reducirten Fractur die Function der Weichtheile, sagen wir z. B. der Sehnen, gestört wurde, so „hätte man auf die Weichtheile mehr Rücksicht nehmen sollen“ anstatt einfach die displacirten Knochenfragmente dahin zurückzuschieben, wohin sie gehören.

Man sollte doch immer bedenken, dass sich die Weichtheile zum Knochen verhalten, wie die Ranken zum Baumstamm. Schon Galen sagt: Die Knochen sind es, welche dem mensch-

Fig. 1.
Normales Schultergelenk bei einem 22jährigen Mädchen.

lichen Körper die Form, die Haltung und die Festigkeit verleihen. Dass eine durch Verletzung hervorgebrachte Verlagerung diese drei fundamentalen Factoren gewaltig afficiren muss,

liegt doch wohl auf der Hand. Eine Reparatur hat also das Gerüst und nicht die Einfassung als Angriffspunct zu wählen.

Wird nun durch Displacirung der Knochenfragmente ein Druck ausgeübt, nun, dann heisst Nichtreposition-Fortsetzung des Drucks auf die Weichtheile, während Reposition Aufhören des Drucks bedeutet. Die Verletzung kann nun allerdings durch das einfache Aufhören des Drucks nicht ungeschehen gemacht werden. Aber wenn der Druck nur kurze Zeit gewährt hat, kann seine Folge nur unbedeutend sein ,mit anderen Worten, Adhäsionsbildungen in Folge von Entzündungsprocessen in den Sehnenscheiden und dergl. ist einfach undenkbar. Besteht aber der Druck in Folge von Nichtreposition fort, dann ist es doch einleuchtend, dass die Weichtheile auf das Heftigste reagiren müssen.

Um nun eine exacte Reposition vornehmen zu können, bedarf es des Beistandes von zwei Personen, welche Contraextension ausüben, während der Chirurg die auseinandergewichenen Fracturenden wieder zusammenzwingt. Bei der oberen Extremität kommt man auch wohl mit einem Helfer aus.

Hat man die genaue Lage der Fragmente eruirt, so ist es klar, nach welcher Richtung hin man redressiren soll. Man betrachte sich z. B. Fig. 2 und man wird instinctiv die Hände so um die dislocirten Bruchenden legen, dass ein kleiner seitlicher Ruck genügt, dieselben in die richtige Position zurückzubringen. Bei der unteren Extremität bedarf es häufig nur der Drehung eines Fragmentes oder einer passenden Winkelstellung, um die normale Stellung wieder zu gewinnen.

Man kann sagen, dass wo immer die Fragmente mit den Händen umgriffen werden können, die Reposition derselben ein Leichtes ist. Stösst aber das Umgreifen auf Schwierigkeiten, so ist im Allgemeinen die Reposition in der Narkose vorzunehmen. Ueberhaupt möchte ich rathen, dass im Fall der Chirurg unschlüssig ist, ob er ein Anästheticum verabreichen soll, oder nicht, er sich besser f ü r die Narkose entscheide.

Bei sehr bedeutender Dislocation der Bruchfragmente, bei Weichtheilsplitterung, bei Interposition von Muskelgewebe oder gar bei der seltenen Complication mit Luxation, ist die Reposition besonders schwer. Alle diese Zustände aber lassen sich durch ein Roentgenbild klar eruiren und muss deshalb unter der Führung desselben die Reposition ausnahmslos gelingen.

Hat sich eine derart schwer zu reponirende Fractur auf der

Strasse ereignet, so ist es nicht zweckmässig sofort Repositionsversuche anzustellen; man begnüge sich vielmehr dann mit der Anlegung eines provisorischen Immobilisationsverbandes bis der

Fig. 2.
Diaphysenfractur des Humerus bei einem 14jährigen Jungen mit beträchtlicher Seitwärtsverschiebung, 24 Stunden nach der Verletzung.

Patient sein Heim erreicht hat. Dann aber soll kein Augenblick mit der Reposition gesäumt werden.

Hat der Unfall die untere Extremität betroffen, so lege man den Patienten auf ein gutes Bett mit wenig nachgiebiger Ma-

tratze. Kleider, Schuhe etc. soweit sie sich in der Nachbarschaft der Bruchstelle befinden, werden am Besten vom Leibe geschnitten, um jede Zerrung der Bruchstelle zu vermeiden. Muss man das verletzte Glied aufheben, so sollte man Gegenzug ausüben lassen, da eine erneute Dislocirung am sichersten dadurch verhindert wird.

Handelt es sich also um obere Extremität, so umfasst man jedes Fragment mit einer Hand und rückt allmählig durch Zug und Gegenzug, oder vorsichtige Drehung, die verschobenen Enden in ihre normale Stellung.

Ist dagegen die untere Extremität betroffen, so muss zunächst das Becken fixirt werden, was ein Assistent dadurch besorgt, dass er mit seinen Händen die Darmbeinkämme umfasst und dabei das Becken gegen eine feste Unterlage presst. Eine ähnliche Wirkung kann man auch durch das Herumwinden eines langen Handtuches um das Perineum erzielen. Der Chirurg fasst nun mit seiner linken Hand die Ferse und mit der rechten den Metatarus und zieht kräftig. Die Fragmente werden dann derart langsam gedreht, bis die grosse Zehenspitze, der innere Kniescheibenrand und die Spina anterior superior des Darmbeins in einer geraden Linie liegen.

Hat man mehr als einen Assistenten zur Verfügung, so können Zug- und Gegenzugmanipulationen denselben überlassen werden und der Chirurg kann sich dann ausschliesslich um das Zurückschieben der displacirten Fragmente kümmern.

Nur bei sehr ausgedehnter Extravasation bedarf es der Aspiration oder der Massage als Voract einer erfolgreichen Reposition.

Wie schon oben angedeutet, dreht sich die weitere Behandlung um eine passende Immobilisation, so dass die richtig reducirten Enden auch richtig reducirt bleiben. Zu diesem Zweck ist es eine durch Jahrtausende geheiligte Sitte, Schienen oder ähnliche Apparate mittelst Bandagen um die Bruchstelle zu befestigen. Im Nothfalle können Fensterladen, Kissen oder ähnliche Hausutensilien herhalten. Auf dem Schlachtfeld bedient man sich der Bajonette, der Säbel und ihrer Scheiden, oder der Gewehre als Immobilisationsmaterial.

Auch der Brustkorb kann im Nothfall als Befestigungsbasis für einen gebrochenen Arm dienen. Bei einem Beinbruch mag das gesunde Bein als Stütze dienen u. dgl.

Zur Immobilisation dienen im Allgemeinen Schienen oder

Gipsverband. Nur wo man eine vollständige Reposition nicht sofort erzielen konnte, legt man einen Streckverband an. Unter der Controlle der Roentgenstrahlen ist diese seltene Eventualität übrigens noch viel seltener geworden.

Alle fixirenden Verbände bedürfen einer weichen Unterlage, bestehend aus Watte, Flanell oder Muslin zu dem Zweck, irgend welchen Druck auf die geschwollene Bruchsphäre zu verhindern.

Es gehört schon etwas Routine dazu einen Verband derart anzulegen, dass er eng genug anliegt um ein Herausschlüpfen der Fragmente zu verhindern und zugleich nicht so eng, dass er einen Druck ausüben könnte. Namentlich bei oberflächlich gelegenen Knochenregionen dürfte sich eine dadurch erzeugte Hautgangrän gerade über einer Knochenprotuberanz schwer rächen. Solche Stellen sollten überhaupt besonders gut gepolstert werden. Venöse Stase und Oedem mögen ebenfalls in Folge eines zu fest angelegten Verbandes zu Necrose führen. Zur Controlle ist es deshalb immer anzurathen, Zehen und Finger beim Verband frei zu lassen.

Was Sicherheit bereffs Retention der Fragmente in der gewünschten Lage betrifft, so kann sich keine Methode mit dem Gipsverband messen. Man hat alle möglichen Ersatzmethoden ausgeklügelt, aber bis dato ist derselbe in dieser Beziehung doch der ideale Verband geblieben. Legt er sich doch den Contouren des Körpers gleich einem Abguss an und schützt die Bruchregion zugleich wie ein Eisenpanzer.

Sind kleine Wunden vorhanden, so lässt man demententsprechend ein Fenster im Verband frei. Hält man aber die sprechend ein Fenster im Verband frei. Hält man aber die wunde Stelle ein kleines Trinkglas oder einen Salbentopf, so kann man die Binden circulär um dieselben herumwinden und braucht dann nachträglich kein Fenster aus dem Verband herauszuschneiden. Die Fensterränder werden dann mit Verbandwatte eingerahmt und durch Collodium befestigt. In der Knie- oder Leistengegend empfiehlt es sich, die Ränder durch Einlegen von Holzplättchen zu stärken, um dem eventuellen Einbrechen derselben vorzubeugen. Um den Gipsverband gegen den Einfluss von Feuchtigkeit zu schützen (ein Oberschenkelverband z. B. bei einem Kinde wird von Urin durchfeuchtet und zerstört), bepinselt man seine Oberfläche mit Copallack.

In den letzten Jahren ist durch den Impuls des genialen Mechanikers Hessing der ambulante Gipsverband bei der Fractur der

unteren Extremität vielfach zur Anwendung gekommen. In geeigneten Fällen erlaubte man den Patienten schon einen Tag nach der Verletzung im Verband umherzugehen. Die Vor-

Fig. 3.

Pseudarthrose und Wachsthumshemmung der Tibia bei einer 25-jährigen Frau. Die stark gebogene Fibula ist übermässig entwickelt und hat die Function der Tibia übernommen.

theile dieses höchst beachtenswerthen Verfahrens liegen auf der Hand. Atrophie der Musculatur wird aus dem pathologischen Almanach der Fracturen gänzlich eliminirt, da die Function der

Muskeln nicht aufgehoben wird. Spätvereinigung oder gar Nichtvereinigung kommen nicht vor, da durch den Reiz beim Gebrauch sich das Callusgewebe in reichstem Maasse bildet. Hypostatische Pneumonieen, so verhängnissvoll für ältere Leute, ist absolut ausgeschlossen. Dass der Comfort der Patienten in hohem Grade gefördert wird, leuchtet ebenfalls ohne Weiteres ein.

Diesen gewaltigen Vorzügen stehen jedoch die immensen Schwierigkeiten gegenüber, welchen man speciell in der Privatpraxis begegnet, wo die genaue Controlle mangelt. Die Technik der Anlegung eines guten Verbandes ist ebenfalls complicirt und kann sich in den Händen eines nicht sehr erfahrenen Collegen als gefährlich erweisen. Im Hospital allerdings ist eine beständige Beaufsichtigung ein Leichtes — der Verband kann jeden Augenblick bei drohender Ischämie gewechselt werden, während in der Privatpraxis manche kostbare Stunde verstreichen kann, bis der Patient nur erfährt in welcher Gefahr seine Extremität schwebt.

Wie bei anderen medicinischen Gebieten, so handelt es sich bei der Auswahl der Behandlung eben auch hier um eine passende Individualisirung. Man gehe im Allgemeinen den goldenen Mittelweg, lasse den Patienten nicht herumgehen bevor jede Schwellung verschwunden ist, und polstere alle protuberirenden Druckpunkte besonders gut.

Im Hospitaldienst des Autors war dieses Stadium gewöhnlich nach Ablauf einer Woche erreicht worden. Bisweilen hatte sich nach dem ersten Gehversuch ein leichtes Oedem eingestellt. Dann hatte man den Patienten sofort wieder die Rückenlage einnehmen lassen und die Extremität war so lange suspendirt worden, bis die Schwellung wieder verschwunden war.

In der Privatpraxis sollte man frühestens nach zwei Wochen den Patienten irgend welche Gehversuche machen lassen.

So gross nun die unübertrefflichen Vorzüge des Gipsverbandes im Allgemeinen sind, so ist er doch nicht frei von einem grossen Nachtheil. Wenn sich namentlich unterhalb desselben eine Schwellung einstellt, wird der arterielle Zufluss gehemmt, die Musculatur verliert ihre Elasticität und kommt in den Zustand permanenter Contractur. In derselben Weise können Nerven lädirt werden, so dass es sogar zu einer ischämischen Contractur kommen mag.

Unter stricter Hospitalcontrolle braucht man diese Dinge frei-

lich nicht zu fürchten, da ja die causa peccans jederzeit entfernt werden kann, sobald sich die ersten Zeichen der Stase manfestiren. Man muss aber bedenken, dass die weitaus grösste Zahl

Fig. 4.

Deform geheilte Fractur des unteren Humerusendes bei einem 11 jährigen Mädchen, 6 Wochen nach der Verletzung. Man beachte die normalen Epiphysenbildungen, welche leicht mit einem separirten Knochenfragment verwechselt werden können.

der Fracturen privatim behandelt werden, wo also die Initiative sozusagen vom Patienten selbst und nicht vom beobachtenden Arzt oder gut trainirten Wärter ausgeht. Nun ist es aber eine

verhängnissvolle Signatur dieser Fälle, dass, je mehr sich der Druck steigert, desto gefühlloser die Extremität wird, so dass der Patient den fatalen Eindruck gewinnt, dass sein beim Beginn der Schwellung gestört gewesenes Befinden sich gebessert habe und er die bereits geplante Sendung nach chirurgischer Hilfe erst recht unterlässt.

Wer also die Technik des Gipsverbandes noch nicht gänzlich beherrscht und es sich der Mühe verdriessen lässt seinen Patienten häufig genug zu besuchen, der begnüge sich in der ersten Fracturwoche lieber mit Schienenverbänden und lege erst nach gänzlichem Ablauf der Schwellung einen Gipsverband an.

Die Zahl der verschiedenen Schienen, welche für die Fracturenbehandlung angepriesen sind, ist Legion. Es gibt überhaupt kaum einen Chirurgen von Ruf, der nicht wenigstens eine Schiene sui generis angegeben hätte. Die meisten derselben erweisen sich als nützlich; unter der Aegide einer genauen Diagnose aber kann man sich wundern, mit wie wenig complicirtem Schienenmaterial man einen vorzüglichen Verband anlegen kann.

Ein ausgezeichnetes Adjuvans in der Nachbehandlung ist die Massage. Beim Fehlen jeglicher Displacirungstendenz, wie z. B. bei der extraarticulären Form der partiellen Radiusfractur, bei Abbruch kleiner, noch leidlich gut festhaftender Condylenstücke oder des Olecranon ohne Diastasenneigung, kann mit der Massagebehandlung schon wenige Tage nach der Verletzung begonnen werden. Wo jedoch die geringste Displacirungstendenz besteht, sollte man vor verbürgter Vereinigung der Knochen nicht an Massage denken.

Die Massagebehandlung aber fast gänzlich an Stelle der guten alten Immobilisationsbehandlung setzen zu wollen, wie es kürzlich von Lucas-Championniere in Paris (vgl. Medical News, Jan. 6, 1900) verkündet wurde, ist doch des Guten zu viel. Es möchte einen da doch schier bedünken, dass bei diesem neuen Evangelium die schon von Cæsar in seinem bellum gallicum einer herben Kritik unterzogene Tendenz, wie sie in dem „novis rebus studere" ausgesprochen liegt, das Leitmotiv abgegeben hat. Oder sollten im gesegneten Gallien die congenitale Höflichkeit und Geschmeidigkeit sich bis auf die Knochen sogar erstrecken? Nun, dann kann man unseren dortigen Collegen zu ihrem Cito und Jucunde nur gratuliren. Unter dem weniger sonnigen Himmel der Sterne und Streifen jedoch dürfte es sich für die massage-

frohen Apostel nicht lange ungestraft wandeln lassen. Die aus Fig. 3 z. B. ersichtliche Pseudoarthrose ist ein trauriger Zeuge für die Folgen mangelhafter Immobilisation.

Referate und Kritiken.

Microscopische Technik zum Gebrauch bei medicinischen und pathologischen Untersuchungen. Von Prof. Dr. Carl Friedländer. Sechste vermehrte und verbesserte Auflage, bearbeitet von Prof. Dr. C. J. Eberth. Mit 86 Abbildungen im Texte. Verlag von Fischer's med. Buchhandlung. H. Kornfeld. Berlin 1900.

Friedländer's „Microscopische Technik" ist zu bekannt, als dass es einer eingehenden Besprechung des Handbuches bedürfte, um auf seine Vorzüge aufmerksam zu machen. Es genüge darum, zu erwähnen, dass in der vorliegenden 6. Auflage die seit dem Erscheinen der letzten Auflage gewonnenen Erfahrungen eingehendste Berücksichtigung gefunden haben, so dass das Buch vollständig auf der Höhe der Zeit steht. Es ist ein absolut zuverlässiger Begleiter und Rathgeber bei microscopischen Untersuchungen und kann daher den Collegen auf das Wärmste empfohlen werden.

Leitfaden für die Schwangeren-Untersuchung. Von Dr. Eugen Winternitz. Mit 39 Textabbildungen und vier farbigen Tafeln. Verlag von Arthur Georgi. Leipzig 1900.

Das kleine Büchlein ist hervorgegangen aus den Cursen, in denen Verf. während einer Reihe von Jahren Studirende in die geburtshülfliche Untersuchungskunst einzuführen Gelegenheit hatte, ist daher, alle theoretische Erörterungen bei Seite lassend, durchaus practischer Natur. Es verfolgt den Zweck, das Erlernen der Untersuchung von Schwangeren und Kreisenden zu erleichtern und den Studirenden mit den Theilen der geburtshülflichen Untersuchung vertraut zu machen, welche er später als practischer Arzt während seiner schwierigen und verantwortungsvollen geburtshülflichen Thätigkeit nothwendig kennen muss und nicht entbehren kann. Zum besseren Verständniss des Textes ist dem Werkchen eine Reihe vorzüglich ausgeführter, äusserst instructiver Abbildungen beigegeben, die theils direct nach der Natur gezeichnet oder nach photographischen Aufnahmen wiedergegeben wurden. Die Ausstattung des Leitfadens ist eine vorzügliche, und ist die Benutzung desselben nicht nur dem Studirenden, sondern auch dem bereits in der Praxis stehenden Arzte zu empfehlen, um so mehr als im Anhange ein sehr practisches Schema zur Untersuchung von Schwangeren, Kreisenden und Wöchnerinnen beigegeben ist.

Vorfragen der Biologie. Von Dr. med. Eugen Albrecht. Verlag von J. F. Bergmann. Wiesbaden 1899.

Die vorliegende Arbeit, die ursprünglich als Vortrag in Düsseldorf auf der 70. Naturforscherversammlung gehalten worden war, bildet mit einer Reihe von Anmerkungen und Erläuterungen versehen die erste in einer beabsichtigten Reihe von Studien, welche der Anwendung einiger Grundgedanken über Erkenntnissgrenzen und Prämissen auf verschiedenen Gebieten gewidmet sein sollen. Die Hauptabschnitte dieses ersten Theiles sind: Erkenntnisstheorie und Naturwissenschaft, vitalistische und mechanistische Biologie und das Problem der lebenden Form. Wie Verf. in seiner Schlussbemerkung sagt, hält er die Absicht der vorliegenden Schrift für den Augenblick für vollauf erfüllt, wenn ihm der erstrebte Nachweis gelungen ist, dass sowohl jene Ueberspannung der mechanistischen Auffassung unberechtigt ist, welche die Welt ganz und gar zu „erklären" hofft, in der sie doch selbst nur ein begrenztes Phänomen darstellt, und dass ebenso alle neueren vitalistischen, teleologischen und verwandten Aufstellungen nur verzweifelte Versuche sind, den gordischen Knoten, den sie nicht entwirren können, zu durchhauen. Erkenntniss der Erkenntnissgrenzen: das scheint Verf. das sicherste und einzig sichere Mittel, um uns in naturwissenschaftlichen Dingen vor jedem Rückfall in Mystik, sei sie in mechanistischer oder teleologischer Art, zu schützen.

Das Trainiren zum Sport. Ein Handbuch für Sportsleute jeder Art. Von Dr. med. Henry Hoole in London. Autorisirte und für deutsche Verhältnisse bearbeitete Uebersetzung von Dr. phil. C. A. Neufeld. Verlag von J. F. Bergmann. Wiesbaden 1899.

Neufeld hat das von Hoole verfasste und in England überaus günstig aufgenommene Werk „The Science and Art of Training. A Handbook for Athletes" einer für die deutschen Verhältnisse passenden Bearbeitung unterzogen, ein Unternehmen, das bei dem grossen Aufschwung, den das gesammte Sportswesen in letzter Zeit auch in Deutschland genommen hat, gewiss ein wünschenswerthes genannt werden muss. Was den Inhalt des Werkchens betrifft, so handelt dasselbe von der körperlichen Ausbildung zum Sport im Allgemeinen, specielle Trainirmethoden sind darin nicht zu finden. Nach einer historischen Einleitung, das Trainiren im Alterthum betreffend, ist der Stoff auf folgende Hauptabschnitte vertheilt, die zugleich einen Uberblick über den Gesammtinhalt des Buches geben, auf den hier näher einzugehen leider nicht angänglich ist: Die Ausbildung zum Sport, der Bau des menschlichen Körpers, die Nahrung, die Ernährung des Körpers, das Muskelsystem, Uebung und Ruhe und Hygiene des Körpers. Im Anhang findet sich eine Zeiteintheilung für Uebung, Erholung und Schlaf,

Zusammensetzung der einzelnen Mahlzeiten, Speisentabelle, Uebersicht über die Verdaulichkeit der Speisen und den durchschnittlichen Alcoholgehalt einiger Getränke, sowie Tabellen zur Zusammenstellung von Kostrationen. Da die in dem Buche enthaltenen physiologischen Abschnitte nicht für den Mediciner, sondern für weitere Kreise bestimmt sind, so musste denselben eine populäre Darstellungsweise zu Grunde gelegt werden mit möglichster Vermeidung technischer Ausdrücke, was jedoch dem Werkchen gewiss nicht zum Nachtheil gereicht. Ref. ist überzeugt, dass auch diese deutsche Bearbeitung des H o o l e'schen Handbuches sich sehr bald bei den Anhängern des Sportes viele Freunde erwerben wird.

Medicinisches Handbüchlein für das Haus mit moderner Hausapotheke. Verlag von Seitz & Schauer. München 1899.

Das Büchlein verfolgt nicht den Zweck, den Laien zum Selbstcuriren zu verleiten, sondern es soll, wie im Vorwort ausdrücklich betont ist, demselben die Ueberzeugung beibringen, dass er am besten thut, möglichst frühzeitig den Arzt zu rufen. Es sind in dem Büchlein enthalten allgemeine Bemerkungen zur Hausapotheke, Anleitungen für erste Hülfe bei Unglücksfällen, für Bäder und Waschungen und zur Herstellung einiger Hausmittel. Ferner sind die zu einer modernen Hausapotheke gehörenden Mittel aufgezählt, von denen nach Ansicht des Ref. ganz gut einige hätten wegbleiben können, ohne den Werth der Hausapotheke zu beeinträchtigen, so die Bandwurmmittel, das Citrophen, Kolanin, Migraenin, Phenacetin, Salophen und vor Allem auch das Heer von Eisenmittel und künstlichen Nährpräparaten. In dem im Vorwort ausgesprochenen und oben schon angegebenen Sinne kann dem Laien das Büchlein mit Nutzen in die Hand gegeben werden, wenn auch nicht zu vermeiden sein wird, dass doch hie und da trotz aller Warnung durch dasselbe zum Selbstcuriren verleitet wird. R.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

Münchener Medicinische Wochenschrift, 1899, No. 46 mit 49.

1) A. F r a e n k e l: *Ueber Morphinderivate in ihrer Bedeutung als Hustenmittel.* (Aus dem pharmacol. Institut zu Heidelberg.)

Auf Grund seiner Experimente kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1. Nicht blos Heorin, wie D r e s e r beobachtet hat, auch Codein und Morphin, in den kleinsten, sonst noch wirksamen Dosen, vermindern am Thiere die Zahl der Athemzüge, steigern aber die Leistung des einzelnen Athemzuges. Diese Verlangsamung und Vertiefung der Athmung ist als eine für die

Verwendung als Hustenmittel günstige Eigenschaft aller Morphiumpräparate anzusehen. 2. Diejenigen Morphinderivate werden für die Anwendung als Hustenmittel am geeignetsten sein, welche die specifische Einwirkung auf den Athemmechanismus zeigen, aber sonst keinerlei narcotische Wirkungen, vor Allem keine Euphorie und Angewöhnung im Gefolge haben. 3. Als Repräsentant einer solchen „reinen" Wirkung eines Hustenmittels der Morphingruppe darf das Codein gelten, das in etwas dreisterer als der bisher üblichen Dosirung allen Anforderungen entspricht, während das Heroin sich durch seine pharmacologische Stellung zwischen Morphin und Codein als giftiger characterisirt und von gefährlichen Nebenwirkungen nicht frei zu sein scheint.

2) Pletzer (Bonn): *Zur Ernährung stillender Frauen.*

Während in der Landwirthschaft die Erfahrung zur Genüge beweist, dass kräftige, besonders eiweissreiche Ernährung Quantität und Qualität der Milch bessert, und in Folge dieser gemachten Erfahrung möglichst darauf hingearbeitet wird, durch sogen. Kraftfutter die Ergiebigkeit der Milchdrüsen der betreffenden Thieren zu heben, liegen die Dinge in Bezug auf die Frauenmilch nicht so einfach. Hier decken sich Erfahrung und Experiment nicht immer. Zur Beurtheilung des Einflusses auf die Quantität der Milch ist man mehr auf Schätzungen und auf die Angaben der Frauen selbst angewiesen, während wir sehr wohl im Stande sind, Veränderungen in der Qualität nachzuweisen. P. stellte nun Versuche an über den Einfluss einer reichlichen Eiweisskost auf die Milchproduction und zwar wählte er als Eiweisszusatz das in den letzten Jahren in den Handel gebrachte Tropon. Die Untersuchungen wurden an sechs stillenden Frauen — alle Erstgebärende — vorgenommen. Es ergab sich, dass in 5 Fällen eine Zunahme des Fettgehaltes unter dem Einfluss der erhöhten Eiweissernährung stattgefunden hat, wenn auch diese Zunahme die physiologischen Grenzen nicht überschreitet. Die Menge der abgesonderten Milch betreffend ist Verf. nicht in der Lage, einwandfreie Mittheilungen zu machen, da die Ermittelung der Milchmenge bei Frauen kaum zu überwältigenden Schwierigkeiten begegnet. Die Frauen behaupteten ausnahmslos, einen vermehrten Zudrang zu den Brüsten zu verspüren und verlangten fast stets auf's Neue nach Tropon. Inwieweit hier der Einfluss der Ernährung mit erhöhter Eiweisskost oder suggestive Einwirkung im Spiele ist, wagt Verf. nicht zu entscheiden.

3) F. Siegert (Strassburg): *Ueber „krankheitskeimfreie Milch" zur Ernährung der Säuglinge wie zum allgemeinen Gebrauche.*

Auf Grund der Untersuchungen Forster's muss als bewiesen gelten, dass die Virulenz einer Milch, welche Tuberkelba-

cillen enthält, durch die Erwärmung auf Temperaturen aufgehoben werden kann, bei welchen Geschmack und Aussehen unverändert bleiben, z. B. bei der Erwärmung auf 65° C., wenn diese in der Dauer von mindestens 15 Minuten einwirkt. Eine so behandelte Milch bezeichnet man nach Forster als „krankheitskeimfrei", während das übliche Pasteurisiren, wie Forster's Schüler de Man nachwies, in der Milch suspendirte Tuberkelbacillen nicht vernichtet. S. schliesst sich daher der Empfehlung Oppenheimer's (cf. ds. Monatsschr. Jhrg. 1899, pg. 558), der das Forster'sche Verfahren der Familie zugänglich machen will, in jeder Beziehung an, möchte aber im Gegensatz zu ihm dem Grossbetrieb das Wort reden, während er der Anwendung des Apparates im Haus etwas skeptisch gegenübersteht, im Einklang mit Forster, der übrigens ebenfalls einen Erwärmungsapparat für Hauszwecke construirt hat. Gerade in der an Zahl so gewaltig überwiegenden armen Bevölkerung stösst die Anschaffung eines immerhin nicht billigen Apparates auf das schwerste, das pecuniäre Hinderniss, und ferner hat S. über die Dauerhaftigkeit und richtige Beobachtung des Thermometers hier wie selbst in den bemittelteren Kreisen grosse, wohl von vielen Practikern getheilte Bedenkn. Er möchte daher das schöne Beispiel der Stadt Strassburg anderen Städten zur Nachahmung empfohlen, den von der Stadt unterstützten oder sonst der Unterstützung bedürftigen Müttern von Kindern der ersten Lebensjahre die so behandelte Milch zu einem mässigeren Preise zugänglich zu machen, als sie ihn sonst für ihre noch dazu oft verdünnte, abgerahmte Milch bezahlen müssen, indem die Stadt die Preisdifferenz trägt und nach Verordnung des Arztes ohne umständliche Weiterungen zur Verfügung stellt.

4) B. Krönig und Th. Paul: *Ein Apparat zur Sterilisirung von Laboratoriumsgeräthen bei Versuchen mit pathogenen Microorganismen.*

Verf. beschreiben einen von ihnen construrirten Apparat, der es ermöglicht, Schalen und Probirröhrchen mit Culturen, zerbrechliche Glasgeräthe und massivere Gegenstände gleichzeitig keimfrei zu machen, ohne dass ein Zerbrechen durch die wallende Bewegungen des siedenden Wassers zu befürchten ist. Näheres ist in der Originalarbeit nachzulesen.

5) R. Walther und A. Schlossmann: *Ueber „neue" Verwendungsarten des Formaldehyds zu Zwecken der Wohnungsdesinfection.* (Aus dem Laboratorium für organ. Chemie an der kgl. Technischen Hochschule zu Dresden.)

Seit die Verf. gezeigt haben, dass es in der That möglich ist, durch gewisse Maassnahmen die keimtödtende Kraft des gasförmigen Formaldehydes so zu erhöhen, dass auch die am schwersten abtödtbaren Keime vernichtet werden, wurde eine

ganze Reihe namhafter Forscher veranlasst, auf Grundlage der von den Verf. ausgeführten Arbeiten weiter zu experimentiren. Die Verf. warnen vor der Verwendung von Formaldehydlampen, die den Laien einfach in die Hände gegeben werden, sich die Räume selber zu desinficiren. Auch wenn diese Apparate, die sich des trocknen Formaldehydes bedienten, wirklich das geleistet hätten, was die Fabrik, gestützt auf das Gutachten sogar namhafter Autoren, versprach, und was sie nach den jetzigen Untersuchungen nicht leisten, ist doch davon abzurathen, dem in dieser Beziehung kritiklosen Laien die Desinfection zu überlassen. Aber auch wenn der beamtete Arzt mit seinen geschulten Desinfectoren die Desinfection vornimmt, so wird es für denselben gewisser Anhaltspunkte bedürfen, welcher Menge Formaldehyd er sich zur Erreichung des erstrebten Zieles zu bedienen hat. Die Verf. führen dann des Weiteren ihre diesbezüglichen Grundsätze aus. Sie weichen in dreifacher Beziehung von den übrigen Autoren ab: erstens in Bezug auf die Menge des Formaldehyds, die sie verwenden, zweitens dadurch, dass sie als die Ersten zugleich eine beträchtliche Menge Feuchtigkeit der Luft zuführen, drittens, indem sie einen Zusatz von Glycerin anwenden.

6) Bayerthal (Worms): *Heilung acuter Geistesstörung nach Exstirpation einer Hirngeschwulst.* (Aus dem städtischen Krankenhaus zu Worms.)

In diesem sehr interessanten Falle handelte es sich bei dem 29jährigen Patienten um eine im Verlaufe von ca. 1¾ Jahren entstandene Lähmung der linken Extremitäten, der corticale Reizerscheinungen motorischer und sensibler Natur (Jackson'sche Epilepsie) vorausgegangen sind. Dazu gesellte sich vorzugsweise auf Grund von Gesichtshallucinationen ein zusammenhängender Verfolgungswahn bei nahezu vollständiger Klarheit des Bewusstseins. Die Diagnose wurde auf Tumor gestellt und zwar wegen vorausgegangener Drüsenerkrankungen auf Tuberkel. Bei der Operation wurde ein wallnussgrosser Solitärtuberkel entfernt, der subcortical im Paracentralläppchen sass. Der Erfolg der Operation zeigte sich zunächst in der günstigen psychischen Veränderung des Patienten. Auch die Lähmungssymptome zeigten eine regelmässige fortschreitende Besserung. Seit der Operation ist nunmehr fast ein Jahr verflossen. Psychisch ist der Patient gesund geblieben, auch in körperlicher Beziehung hat die Besserung desselben Fortschritte gemacht. Belästigt wird Patient noch durch ziehende Schmerzen und vorübergehendes Erstarrungsgefühl in den linken Extremitäten. Ferner haben sich, seitdem Pat. das Krankenhaus verlassen hat, wiederholt Krampfanfälle eingestellt. Die Prognose wird durch diese Anfälle Jackson'scher Epilepsie, die offenbar mit corticalen Vernarbungsvorgängen im Zusammenhang stehen, ebenso wie durch die tuberculöse Natur des ursprünglichen Lei-

dens getrübt. Trotzdem kann man das Ergebniss der chirurgischen Behandlung mit Rücksicht auf die zum Theil wieder hergestellte Leistungsfähigkeit des Patienten als ein recht erfreuliches bezeichnen.

7) F. Siegert (Strassburg): *Ueber eine Epidemie von Angina lacunaris und deren Incubationsdauer.*

Im Juli 1899 fiel S. in seiner Poliklinik eine ungewohnte Häufung von Erkrankungen an der gewöhnlichen fieberhaften Angina lacunaris s. follicularis auf. Während unter 150 vorhergehenden Patienten nur 7, also 4,7 Proc., an Angina erkrankt waren, erscheint diese bei weiteren 78 Kranken vom 4. bis 27. Juli in 30,4 Proc. bei 25 Kindern. Dazu kommen 3 Familienangehörige über 14 Jahren. Seit dem 27. Juli beobachtete S. Angina nur noch bei etwa 6 Proc. aller Behandelten. S. schildert dann an einer beigegebenen Strassenskizze die Entstehung und Ausbreitung der Epidemie und fasst seine Beobachtungen schliesslich in folgenden Schlusssätzen zusammen: Die Angina lacunaris s. Tonsillitis follicularis erweist sich als eine infectiöse Erkrankung, die bei einer Incubationsdauer von 4 Tagen leicht von Kranken auf Gesunde übertragen wird. Auch das Säuglingsalter wie die ersten 3 Lebensjahre zeigen eine, wenn auch geringe Disposition. Die Isolirung Anginakranker ist stets anzustreben, schon mit Rücksicht auf die so häufigen septischen und pyämischen Complicationen. Schulpflichtige Geschwister Anginakranker sollen erst zur Schule zugelassen werden, wenn sie am 5. Tage sich als nicht inficirt erweisen.

8) M. Cohn: *Ueber Pneumococcensepsis.* (Aus der 3. med. Klinik zu Berlin.)

Verf. bespricht die Fälle von Pneumococcenmeningitis mit anscheinend occulter Entstehungsweise im Anschluss an einen vor Kurzem beobachteten Fall. Es handelte sich um eine 35-jährige Patientin, welche wegen Fieber und Schmerzen im Unterleib die Klinik aufsuchte. Pat. soll vor 3 Monaten abortirt haben. Vor 2 Wochen erkrankte sie plötzlich wiederum mit starken Blutungen aus der Scheide, welche Blutungen sie für die Regel hielt. Bei der Aufnahme betrug die Temperatur 37,88°. Der gynäcologische Befund stellte fest, dass die Vulva klaffte, die Vagina sehr weit und die Portio aufgelockert war. Im hinteren Scheidengewölbe fühlte man den retroflectirten Uteruskörper, der deutlich vergrössert und stark druckempfindlich, übrigens leicht aufrichtbar war. Kein Ausfluss aus den Genitalien. Der Krankheitsverlauf gestaltete sich in der Folge so, dass am nächsten Tage das Fieber bis ca. 41° anstieg, während das Sensorium der Pat. stark benommen wurde; gleichzeitig wurde leichte Nackensteifigkeit constatirt. Am folgenden Tage nahm die Benommenheit bis zum vollständigen Coma zu. Pat., die nicht mehr auf Anrufen reagirte, liess Stuhl und Urin unter sich.

Im Urin trat jetzt Eiweiss auf; keine Diazoreaction, keine Cylinder. Es wird die Lumbalpunction zu diagnostischen Zwecken vorgenommen. In dem Punctat fanden sich u. a. ausser einer starken Anhäufung von multinucleären Rundzellen in sehr reichlicher Menge, und zwar stets extranucleär in der Flüssigkeit gelagert, Diplococcen mit tinctoriell gut darstellbarer Capsel, welche durch weitere Untersuchung als Fraenkel'sche Diplococcen eruirt werden konnten. Unter andauerndem Coma erfolgte bei der Pat. am 5. Tage der Tod. Die klinische Diagnose war auf septische Meningitis, ausgehend von einem Herde in der rechten Beckenseite gestellt worden. Die Obduction ergab u. A. eine purulente Endometritis bei Retention eines taubeneigrossen Placentarrestes, eitrige Meningitis an der Basis und Convexität des Gehirns, ulceröse Endocarditis, parenchymatöse Nephritis und Infarcte in der vergrösserten Milz. Der Fall wurde so gedeutet, dass der Diplococcus pneumon. durch den Uterus seinen Eingang in den Organismus gefunden hat.

9) W. Mayer (Fürth): *Heilserum und Tracheotomie.*

Verf. theilt seine Erfahrungen mit dem Heilserum mit, das er als eine Panacee gegen das Weiterschreiten des Krankheitsprocesses bezeichnen möchte.

10) C. Everke (Bochum): *Ueber die Behandlung der Eclampsie.*

Auf Grund seiner Erfahrungen glaubt E. behaupten zu können, dass die forcirte Entbindung in tiefer Narcose in Fällen schwerster Eclampsie im Geburtsbeginne zu empfehlen ist, und möchte darin Fehling und Flateau, die in ihren jüngsten Publicationen absprechend darüber urtheilen, widersprechen. Dass die Veit'schen Morphiuminjectionen nicht harmlos sind, scheint E. daraus hervorzugehen, dass in seinen meisten Todesfällen schon vorher von den Collegen Morphium reichlich subcutan gegeben war, und möglicherweise das Morphium als Todesursache mit angesehen werden muss. Anders liegen die Verhältnisse, wenn die Engigkeit des Muttermundes und das Erhaltensein der Cervix es unmöglich machen, per vias naturales das Kind zu entwickeln, und wo durch die trotz Narcotica immer wiederkehrenden Krämpfe, andauernde Bewusstlosigkeit, hochgradige Cyanose, Lungenoedem u. s. w., der Gesammteindruck ein solcher ist, dass ohne Entleerung Mutter und Kind verloren sind. Hier kann durch Sectio die Rettung zweier Leben versucht werden. E. giebt dann noch die Krankengeschichten von 3 auf letztere Art beendeten Geburten.

11) R. Biermer (Wiesbaden): *Sectio caesarea, ausgeführt mit querem Fundalschnitt nach Fritsch, wegen schwerer Eclampsie am Ende der Schwangerschaft.*

B. hat in einem schweren Falle von Eclampsie bei einer 24-jährigen Erstgebärenden die Sectio caesarea vorgenommen. Die

Operation verlief ohne jegliche Complicationen und war der Blutverlust ein auffallend geringer. Es wurde ein lebendes Kind extrahirt. Leider sistirten die eclamptischen Anfälle nach der Entleerung des Uterus nicht, und 36 Stunden nach der Operation trat der Tod der Mutter ein. Nach der Ansicht des Verf. spricht jedoch dieser für die Mutter ungünstige Ausgang nicht gegen die Richtigkeit der eingeschlagenen Therapie. Betreffs der Ausführung der Sectio mittels des queren Fundalschnittes nach Fritsch kann B. nur die Einfachheit des Verfahrens bestätigen.

12) H. Curschmann: *Zur Untersuchung der Roseolen auf Typhusbacillen.* (Aus der med. Klinik zu Leipzig.)

Als im Jahre 1886 Neuhaus den Nachweis zu führen suchte, dass in den Typhusroseolen sich die eigenartigen Bacillen nachweisen und wohl als die Erreger der Efflorescenzen auffassen liessen, wurden seine Angaben von vorneherein sehr skeptisch aufgenommen. Auch die im Jahre 1895 erschienene Arbeit von Thiemich änderte an diesem Stande der Dinge nichts. Da gelang es Neufeld zu Anfang des vorigen Jahres, die Beobachtungen von Neuhaus und Thiemich nicht nur zu bestätigen, sondern auch plausible Gründe anzugeben, warum die bis dahin gewonnenen Ergebnisse so ausserordentlich verschiedene, ja grösstentheils negative waren. Dass Neufeld den richtigen Weg eingeschlagen hatte, zeigten seine Ergebnisse: Von 14 Fällen von Unterleibstyphus, bei denen er je 3—4 Roseolen in Untersuchung nahm, zeigten 13 positive Ergebnisse. Da Verf. früher mit den meisten anderen Forschern sich positiv ablehnend gegenüber der Neuhaus'schen Behauptung verhalten hatte, fühlte er sich zu einer sofortigen Nachprüfung verpflichtet. Seine Ergebnisse waren derartige, dass er Neufeld durchaus beistimmen und den Typhusbacillenbefund in den Roseolen für einen ungemein häufigen, in bestimmten Stadien vielleicht regelmässigen halten muss. C. untersuchte bis jetzt 20 Fälle und erhielt in 14 derselben einen positiven Befund.

13) A. Bier: *Ueber verschiedene Methoden, künstliche Hyperaemie zu Heilzwecken hervorzurufen.* (Aus der königl. chirurg. Universitätsklinik zu Greifswald.)

Verf. ist der Ansicht, dass die von Buchner angegebene Art, Hypreaemien hervorzurufen (cf. ds. Monatsschr. Jahrgang 1899, S. 514), die alten, von ihm bisher angewandten Mittel keineswegs überflüssig machen dürfte, da „Hyperaemie" ein sehr weiter Begriff ist. Zwischen der hocharteriellen und der schwer venösen Hyperaemie sind physicalisch wie chemisch betrachtet gewaltige Unterschiede. Verf. wendet folgende Methoden zur Erzeugung der Hyperaemie an: 1. Arterielle Hyperaemie wird sehr zweckmässig durch Wärme, am hochgradigsten durch heisse Luft erzeugt. B. erzielt diese Hyperaemie durch eine Art

locales Quincke'sches Schwitzbett. Die kranken Gelenke werden in Holzkästen gesteckt, in welche der Schornstein der Quinck'schen Heizvorrichtung die heisse Luft führt. B. beschreibt die Apparate des Näheren. Die Heissluftapparate wendet man täglich etwa 1 Stunde lang an. Die Luft macht man so heiss, als sie vertragen wird. Die active Hyperaemie, durch heisse Luft erzeugt, wird mit besonderem Erfolge bei chronischen Gelenkrheumatismen und anderen chronischen Gelenkerkrankungen angewandt. B. warnt vor ihrer Anwendung bei Gelenktuberculose. 2. Die Erzeugung venöser Hyperaemie gelingt am besten an den Gliedern. Man ruft sie durch ein Gummiband hervor, welches man nur so fest um das Glied legt, dass die schwachwandigen Venen comprimirt werden, während die starkwandigen Arterien unbeeinflusst bleiben. Die venöse Hyperaemie ist ausser zur Heilung von Pseudarthroren besonders zu verwenden gegen Gelenktuberculose, chronischen Gelenkrheumatismus, Arthritis deformans und alle möglichen sonstigen Gelenkversteifungen. 3. Gemischte Hyperaemie erzeugt man durch verdünnte Luft. Zu ihrer Hervorrufung bedient man sich des Schröpfkopfes oder ähnlicher Vorrichtungen. Um ausgedehntere Körperabschnitte der Wirkung der verdünnten Luft auszusetzen, hat B. diese Apparate der Form der Körperoberfläche angepasst und von riesiger Grösse anfertigen lassen, dass man nicht mehr von Schröpfköpfen, sondern von gläsernen Saugapparaten sprechen kann. Diesen Apparaten fehlt es aber immer noch an der nöthigen Dichtung zwischen Körperoberfläche und Apparat. Die gemischte Hyperaemie verspricht Erfolg bei alten traumatischen Gewebs-, insbesondere Gelenkveränderungen, ferner bei der Behandlung von Neuralgien und Muskelrheumatismen.

14) M. Hofmeier (Würzburg): *Zur Behandlung der Nachgeburtszeit.*

Im Anschluss an einen concreten Fall, in welchem gegen den behandelnden Arzt Anklage wegen fahrlässiger Tödtung erfolgt war, weil derselbe 4 Stunden post-partum die angeblich adhärente Placenta manuell entfernt, obwohl keine Blutung vorhanden war, und ohne dass er eine äussere noch eine innere Desinfection der frisch Entbundenen vorgenommen hatte, bespricht H. die folgenden Fragen: 1. Wann ist der Arzt berechtigt, die Placenta manuell zu lösen, und wann ist er dazu eventuell verpflichtet, ohne sich eines Kunstfehlers schuldig zu machen? 2. Ist der Arzt verpflichtet, ohne sich eines Kunstfehlers schuldig zu machen, vor einem solchen intrauterinen Eingriff, wie der manuellen Placentarlösung, ausser der Desinfection der einzuführenden Hand auch eine solche der äusseren Geschlechtstheile der Kreisenden und der Scheide vorzunehmen? Bezüglich des ersten Punktes stimmt H. mit Zweifel überein, dass, wenn die spontane Ablösung und Ausstossung der Placenta in 3—4 Stun-

den nach der Geburt nicht erfolgt ist, sie überhaupt auch spontan nicht mehr erfolgen wird. Die manuelle Lösung der Placenta muss vor dieser Zeitgrenze erfolgen, wenn bei genauer Controlle des Blutverlustes derselbe 1—1½ Liter erreicht hat. Die zweite Frage betreffs der Desinfection der äusseren Geschlechtstheile und der Scheide der Kreisenden beantwortet H. mit einem ganz entschiedenen „Ja."

15) O. Leichtenstern: *Ueber Venenthrombose bei Chlorose.* (Aus dem Augustahospital in Köln.)

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf das schon früher bekannte Vorkommen spontaner Venenthrombosen bei einfacher Chlorose. Eine specifische Eigenthümlichkeit der chlorotischen Venenthrombose ist die ganz auffallende Bevorzugung der Venen der Unterschenkel, also der kleineren Venen, der Wadenvenen, namentlich auch der intermusculären, incl. der Poplitea. Auch chlorotische Sinusthrombosen sind keine Seltenheit; unter allen Krankheitszuständen, welche spontane Sinusthrombose verursachen, nimmt die Chlorose die erste Stelle ein. Wenn auch die ungeheure Mehrzahl der chlorotischen Venenthrombosen in Heilung übergeht, so müssen doch gerade diese Thromben als in hohem Maasse gefährlich bezeichnet werden, da sie mehr als irgend andere, die puerperale allenfalls ausgenommen, zur Abbröckelung der Gerinnsel und somit zur rasch tödtlichen Pulmonalembolie neigen. Die Ursachen, welche zu chlorotischer Venen- und Sinusthrombose führen, sind verwickelter Natur. Wir haben es hier nicht mit einem, sondern mit mehreren Factoren zu thun, welche zusammentreffen müssen, wenn daraus das Facit der Thrombose hervorgehen soll. Solche Factoren sind die geschwächte Triebkraft des chlorotischen Herzmuskels, Ernährungsstörungen und Texturveränderungen der Intima und ferner die freilich noch lange nicht nach allen Seiten hin erkannte chlorotische Blutbeschaffenheit.

16) W. Abel: *Erster Fall von erfolgreicher Gastroenterostomie wegen angeborener stenosirender Pylorushypertrophie bei einem achtwöchentlichen Säugling.* (Aus der chir. Privatklinik des Prof. Dr. Kehr zu Halberstadt.)

Es handelte sich um eine Stenose schwersten Grades, und dem Kinde konnte nur auf operativem Wege geholfen werden. Zur Beseitigung, bezw. Umgehung des diagnosticirten Pylorustumors kamen in Betracht Loreta's Divulsion, Pyloroplastik, Gastroenterostomie und eventuell Pylorusresection. Es wurde die Gastroenterostomie nach Wölfler vorgenommen. Die Ausführung der Operation und besonders die Naht war durch die Kleinheit der Verhältnisse etwas erschwert, immerhin liess sich die Gastroenterostomie in 14 Minuten erledigen. Schon eine Stunde nach der Operation wurde mit der Ernährung per os angefangen, einmal, um einem Verkleben der neu angelegten

Fistel, welches ja doch bei den kleinen Verhältnissen viel eher zu befürchten steht als beim Erwachsenen, möglichst vorzubeugen, hauptsächlich aber, um bei dem elenden, ausgehungerten Kinde den Gefahren eines postoperativen Collapses entgegenzuarbeiten. So weit man jetzt schon beurtheilen kann, ist mit der Operation ein günstiger Erfolg erzielt worden.

17) K. Baas: *Linsenregeneration beim Menschen?* (Aus der Universitäts-Augenklinik in Freiburg i. B.)

Es handelt sich um das Auge eines 62jährigen Patienten, in welchem frühzeitig eine Cataract sich entwickelte; später kam eine Glaskörpertrübung und -Verflüssigung, wobei der opthalmoscopische Befund eine stark pigmentirte Aderhaut erkennen liess, so dass es wahrscheinlich ist, dass die Ursache der Staarbildung in einem chronischen Leiden der Uvea gesucht werden musste. Der Staar wurde durch Discision entfernt; schon anfänglich war eine beträchtliche Capselverdickung zu beobachten, gegen welche mit Erfolg eine abermalige Discision ausgeführt wurde. Später entwickelte sich dann nochmals eine Capselverdickung umschriebener Art, von welcher aus die Neubildung eines gestielten, linsenähnlichen Organs in den Glaskörper hinein erfolgte. Die „neue" Linse schien um mehr als die Tiefe der vorderen Kammer hinter der Iris zu liegen; wurde Licht mit dem Spiegel in das Auge geworfen, so machte bei befohlenen Augenbewegungen der undurchsichtige „Kern" entgegengesetzte Excursionen. Im Uebrigen erwies sich bei der Durchleuchtung diese Neubildung als in derselben Weise durchsichtig, wie man dies etwa bei einer frisch in den Glaskörper luxirten Linsen beobachten kann. Jedoch war es nicht möglich, die im umgekehrten Bilde eingestellte Papille doppelt zu sehen; am Rande der „neuen" Linse verschwand sie hinter derselben, und man erhielt nur einen guten, rothen Reflex.

18) K. Grunert: *Eine neue Methode der Plastik nach der Totalaufmeisselung der Stirnhöhle wegen Empyems.* (Aus der kgl. Universitäts-Ohrenklinik des Geh. Medicinalrathes Prof. Dr. Schwartze.)

Der Fall betraf einen 30jährigen Mann, der an combinirtem Empyem der rechten Highmorshöhle, der rechten Stirnhöhle und des rechten Siebbeinlabyrinths litt. Die Nebenhöhleneiterung bestand zur Zeit der Aufnahme länger als ein Jahr und war entstanden im Anschluss an einen specifischen Influenzaschnupfen. Nach breiter Eröffnung des Antrum Highmori von der Fossa canina aus wurde die Stirnhöhlenoperation nach der Methode von Kuhnt vorgenommen. Der Umstand, dass nach breiter Eröffnung der Stirnhöhle und Ausräumung der degenerirten Schleimhaut die knöcherne Stirnhöhlenwand krankhafte Veränderungen nicht aufwies, legte den Gedanken nahe, die aus der Stirnhöhle gebildete muldenförmige Vertiefung dadurch auszu-

gleichen, dass sie mit Weichtheilen ausgefüllt wurde, zugleich aber die hierzu nothwendige Plastik so einzurichten, dass eine Heilung der Stirnhöhlenwunde prima intentione möglich war. Zu diesem Zwecke wurde auf folgende Weise vorgegangen: An beiden Enden des horizontalen Margo supraorbitalis-Schnittes wurde in der Länge von etwa 2—3 cm jederseits ein verticaler Schnitt nach oben, d. h. nach der Stirn zu angelegt. Durch diese zwei Schnitte wurde ein rechteckiger Hautbezirk begrenzt, welcher durch Unterminirung von unten nach oben zu einem rechteckigen Lappen umgebildet wurde, dessen Basis nach oben lag, und dessen freies, untere Ende dem Margo Supraorbital-Schnitt entsprach. Dieser Lappen konnte mit Leichtigkeit nach unten gezogen werden, so dass er in die Stirnhöhlenmulde zu liegen kam, dieselbe schon wesentlich flacher machend. Ein entsprechender Lappen wurde vom unteren Wundrande aus gebildet. Sein freies Ende ragte nach oben. Dieser Lappen wurde in der Richtung von unten nach oben so in die Stirnhöhlenvertiefung gelegt, dass er auf den oberen Lappen zu liegen kam und auf demselben durch Nähte fixirt werden konnte. Um die Adaption des von unten heraufgezogenen Lappens an den oberen zu einer möglichst vollkommenen zu machen, war der untere Lappen zuvor keilförmig zugespitzt worden. Der Zugang zu der Siebbeinhöhle wurde durch einige Nähte der äusseren Wunde verkleinert und ein Drainrohr eingelegt. Das Resultat dieser Operation war folgendes: Die Naseneiterung sistirte sofort; die Stirnhöhlenwunde heilte per primam; das Siebbeindrain wurde bei jedem Verbandwechsel successive verkleinert, in 14 Tagen war auch die Siebbeinwunde fest vernarbt. Das Resultat liess in cosmetischer Beziehung nichts zu wünschen übrig, insbesondere war von einer Verzerrung des oberen Augenliedes durch Narbenzug, nichts zu bemerken.

19) Th. Paul und O. Sarwey: *Experimentaluntersuchungen über Händedesinfection.* (Aus dem bacteriol. Laboratorium der Universitäts-Frauenklinik in Tübingen.)

Die Arbeit ist zu einem kurzen Referat nicht geeignet.

20) Passow (Heidelberg): *Küster's osteoplastische Aufmeisselung des Warzenfortsatzes.* (Aus der Universitäts-Ohrenklinik zu Heidelberg.)

Die Arbeit enthält eine Kritik des von Küster im Centralblatt für Chirurgie empfohlenen Operationsverfahrens, das er osteoplastische Aufmeisselung des Warzenfortsatzes nennt. P. stimmt mit Küster's Ansicht nicht überein. Denn, wie er glaubt, kommt man zu demselben, wenn nicht zu einem besseren cosmetischen Resultat wie Küster, wenn man nach den heutigen Methoden die Radicaloperation ausführt und die Wunde sofort durch die Naht schliesst. Man hat sogar dann den Vortheil, dass man nur eine kaum erkennbare lineare Narbe hat,

statt zweier parallel laufender. Der durch die Operation entstandene Defect im Knochen ist nicht zu sehen, noch auch — mit wenigen Ausnahmen — durch die Palpation nachzuweisen. Nach der Radicaloperation hat man freien Ueberblick über das gesammte Operationsfeld. Dieses wichtigen Vortheils begiebt sich Küster vollständig. Ist kranker Knochen zurückgeblieben, tritt ein Recidiv ein, so bleibt ihm nichts weiter übrig, als die ganze Operation von Neuem vorzunehmen. Selbst nach der Radicaloperation aber, welche die sorgsame Nachbehandlung ausserordentlich erleichtert, hat man oft nicht geringe Schwierigkeiten, überall die Eiterung zum Stillstand zu bringen. Wie viel mehr muss dies der Fall sein, wenn die Wundfläche nicht zu übersehen ist und sich selbst überlassen bleiben muss. Dass nach der osteoplastischen Aufmeisselung Heilung eintreten kann, ist nicht zu leugnen. Der Erfolg ist aber äusserst zweifelhaft und bleibt oft aus.

21) H. Kehr (Halberstadt): *Drei Gastroenterostomien, eine Darmresection und zwei Enteroenterostomien an einer Kranken mit Ausgang in Heilung.*

Es handelte sich um eine 20jährige Patientin, bei welcher K. wegen eines alten Ulcusleidens zuerst die Gastroenterostomie an der hinteren Magenwand nach der Methode von Hacker vorgenommen hatte. Allein der Erfolg blieb aus, und es stellte sich jener berüchtigte und von den Chirurgen mit Recht so gefürchtete Circulus vitiosus ein, der eine Enteroenterostomie nach Braun erheischte. Als auch hiernach das fortwährende Gallenerbrechen nicht aufhörte, wandte sich die Kranke an einen anderen Chirurgen, der an ihr eine zweite Gastroenterostomie nach der Methode von Wölfler vornahm. Wenn das dadurch erzielte Resultat auch anfangs ein günstiges zu sein schien, so blieb doch der Dauererfolg aus, und K. wurde nunmehr von der Patientin wieder zu Hülfe gerufen. So musste K. nothgedrungen zum vierten Male die Bauchhöhle eröffnen, und er führte bei dieser Gelegenheit eine dritte Gastroenterostomie nach Wölfler-Roux und dabei eine Darmresection und Enteroenterostomie aus. Der augenblickliche Erfolg ist so gut, wie man sich denselben nicht besser wünschen kann. Die Geschichte des Falles und die einzelnen Operationen werden von Verf. ausführlich geschildert.

22) R. Seggel: *Ueber die Mitbetheiligung der vorderen Bauchwand beim Magencarcinom.* (Aus der kgl. chirurg. Klinik zu München.)

Wie beim Ulcus ventriculi eine directe Propagation auf die vordere Bauchwand mit Bildung eines Infarctes in derselben noch immer zu den Seltenheiten gehört, so ist auch beim Magencarcinom eine Verbreitung des Krebses auf die Nachbarorgane per contiguitatem verhältnissmässig selten. Als allergrösste

Seltenheit aber bezeichnet Strümpell ein Uebergreifen der Geschwulst auf die vordere Bauchwand entweder mit oder ohne Ausbildung einer abnormen Communication des Magens mit der Aussenwelt durch die Bauchwand hindurch. S. ist nun in der Lage, die Geschichte einiger hierher gehörigen, in der Münchener chirurgischen Klinik zur Beobachtung gelangten Fälle mitzutheilen, die auch in sonstier Beziehung, namentlich betr. Symptomatologie und Diagnose vieles Interessante aufweisen.

23) Th. Struppler: *Beiträge zur Pathologie der Gehirn- und Rückenmarksyphilis.* (Aus der med. Klinik von Prof. Dr. Bauer in München.)

Str. beschreibt eine sicher luetische Hemiplegie bei einem 19-jährigen Mädchen, die genau 10 Monate nach dem Auftreten von breiten nässenden Papeln, ca. 12—14 Monate post infectionem eingesetzt hatte; 22 Monate nach der Hemiplegie suppurative Appendicitis mit Perforationsperitonitis. Bei der Section ergab sich der als Endstadium abgeheilter syphilitischer Gehirnveränderung sehr interessante Befund einer Cystenbildung im rechten Linsenkern und etwas hineinreichend in das hintere Drittel des rechten hinteren Schenkels der inneren Capsel, analog der Höhlenbildung im Rückenmark, wie sie Oppenheim, Rumpf und Schwarz beschrieben haben. Des Weiteren schildert Verf. einen Fall von Pachymeningitis gummosa lumbalis mit Compressionsmyelitis bei einem 34jährigen Patienten. Die klinische Diagnose wurde durch die Section bestätigt.

Centralblatt für Chirurgie, 1899, No. 43 mit 46.

1.) Küster (Marburg): *Osteoplastische Aufmeisselung des Warzenfortsatzes.*

Der Vortheil der von K. beschriebenen Methode besteht darin, dass keine Spur von Entstellung übrig bleibt; nur eine leicht zu übersehende Narbe giebt Zeugniss von dem stattgehabten Eingriff. Das Verfahren ist folgendes: Bei stark nach vorn gezogener Ohrmuschel wird ein Schnitt hart an der hinteren Grenze derselben geführt, welcher gerade nach abwärts verläuft, die Spitze des Warzenfortsatzes umkreist und an der hinteren Grenze desselben zu der Höhe des Ausgangspunktes emporsteigt. Dann löst man das Periost nur so weit ab, um genügenden Raum zu gewinnen, setzt einen mässig breiten Meissel ein, legt zunächst eine seichte Rinne im Knochen an und meisselt dann eine dünne Knochenplatte vo der Oberfläche des Warzenfortsatzes ab, welche im Zusammenhang mit dem umschnittenen Haut-Periostlappen bleiben muss. Der auf diese Weise gebildete Haut-Periost-Knochenlappen wird nach oben meisselt dann eine dünne Knochenplatte von der Oberfläche des sich. Nach Beseitigung des Krankheitsherdes wird der Lappen zurückgeschlagen, nachdem die entstandene Knochenhöhle mit

einem Stück Jodoformmull ausgestopft worden ist. Nach 4—5 Tagen wird der Tampon entfernt, um durch einen neuen, kleineren ersetzt zu werden. Die Höhle füllt sich in wenigen Wochen mit Granulationen, die genähte Haut verheilt in der Regel durch erste Vereinigung, und nur eine wenig absondernde Fistel bleibt übrig, welche sich ebenfalls in kurzer Zeit zu schliessen pflegt. Die ganze Operation kann in 15—20 Minuten beendigt sein. Verf. giebt dann noch kurz 9 Krankengeschichten der bisher von ihm nach dieser Methode operirten Fälle. Sämmtliche Kranke, mit Ausnahme eines tödtlich abgelaufenen Falles, sind so geheilt, dass nichts als eine schmale und wenig auffallende Narbe übrig geblieben ist.

2) A. Brenner (Linz a/D.): *Zur Radikaloperation von Cruralhernien nach Fritz Salzer.*

Im Jahre 1892 hat Salzer einen Vorschlag zur Radicaloperation grosser Cruralhernien gemacht, der dahin geht, aus der bei älteren Personen regelmässig derberen Muskelhülle des M. pectineus einen halbmondförmigen, mit der Basis am Pecten ossis pubis haftenden Lappen zu bilden und an das mediale Drittel des Poubart'schen Bandes zu vernähen. Verf. beschreibt den Gang der ein wenig modificirten Operation und theilt die mit derselben erzielten Erfolge mit. Er hält die Methode für sehr einfach und gefahrlos.

3) O. Weizsäcker (Bonn): *Die Sicherung der Gastroenterostomose durch Hinzufügung einer Gastrostomose. (Gastroenterostomosis externa.)*

Verfasser möchte den Fachgenossen, die sich zur Gastroenterosomosis externa entschliessen sollten, empfehlen, nicht, wie Rutkowski (vergl. No. 11 ds. Monatsschrift, Jahrgang 1899) die Gastrostomose der Gastroenterostomose folgen zu lassen, sondern sie ihr vorauszuschicken, weil sonst leicht bei der Reposition des Magens der Schlauch wieder aus dem Darm schlüpfen und so der ganze Zweck des Vorgehens vereitelt werden kann.

Centralblatt für Gynäkologie, 1899, No. 43 mit 46.

1) Jellinghaus (Cassel): *Ueber Symphysenruptur...*

In der Literatur der letzten beiden Decennien sind nur wenige Fälle von Symphysenruptur infolge von Entbindungen beschrieben worden. Verf. ist nun in der Lage, über einen derartigen Fall aus eigener Beobachtung zu berichten. Es handelte sich um eine 31jährige VIIpara, bei der die wegen Schieflage vorgenommene Wendung und sofort angeschlossene Extraction die Ruptur der Symphyse verursacht hatte. Aetiologisch kam vorhergegangene mehrmalige Erkrankung an Gelenkrheumatismus in Betracht. Heilung wurde durch Immobilisirung des Beckens durch 3 breite, parallele Heftpflasterstreifen erzielt.

2) W. Stoeckel: *Beitrag zur Lehre von der Hydrorhoea uteri gravidi.* (Aus der kgl. Frauenklinik zu Bonn.)

Während von deutschen Geburtshelfern wohl fast ausnahmslos eine entzündliche Affection der Deciduae als Ursache des relativ seltenen Phänomens eines zeitweisen oder mehr oder minder continuirlichen Abflusses von heller seröser Flüssigkeit aus dem schwangeren Uterus angenommen wird, vertritt die französische Schule seit Mauriceau den Standpunkt, dass es sich hierbei sehr wohl auch um Abfluss echten Fruchtwassers, um einen Blasensprung intra graviditatem handeln könne. Verf. hatte vor Kurzem Gelegenheit, eine Frau zu entbinden, deren Hydrorrhoea uteri gravidi gleichfalls auf Eihautruptur mit consecutivem Fruchtwasserabfluss beruhte. Die Untersuchung der Nachgeburt machte es zweifellos, dass der monatelange Wasserabfluss bei der Gravida auf einer Ruptur der Eihäute beruhte, dass also die Flüssigkeit thatsächlich Fruchtwasser gewesen ist, dass ferner der Fötus nach Bersten der Eihüllen in die Uterushöhle ausgetreten sein muss, um zunächst ungehindert weiter zu wachsen und dass endlich die Eihautmembranen einer regressiven Schrumpfung anheimfielen. Weiterhin hatte es sich um eine Placenta marginata praevia gehandelt, und diesem anomalen Sitz der Placenta möchte Verf. für seinen Fall eine ausschlaggebende aetiologische Bedeutung beimessen.

3) Krönig: *Welche Anforderungen sollen wir an bacteriologische Untersuchungen über Händedesinfection stellen?* (Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Leipzig.)

Die Frage nach der Möglichkeit der Händedesinfection mit den zur Zeit üblichen Desinfectionsmethoden ist noch nicht entschieden. Die verschiedenen Versuchsresultate erscheinen auf den ersten Blick kaum verständlich, doch sind sie zum grossen Theil nur scheinbar sich widersprechend. Die Versuche sind von den verschiedenen Experimentatoren nicht unter gleichen Versuchsbedingungen ausgeführt. Nur gleiche Versuchsbedingungen können zu gleichen Ergebnissen führen. K. erörtert die Gesichtspunkte, von welchen ausgehend die diesbezüglichen Versuche vorzunehmen sind. Auf Grund seiner eigenen Untersuchungen kommt er zu dem Schlusse, dass die Anforderungen, welche wir an ein Antisepticum zur Desinfection unserer Hautoberfläche stellen, in Bezug auf keimtödtende Wirkung keine besonders hohe zu sein brauchen. Es ist nicht nothwendig, ein so starkes Antisepticum bei der Desinfection unserer Hautoberfläche anzuwenden, welches im Stande ist, Bacterien von der Resistenz der Milzbrandsporen in wässeriger Aufschwemmung in kurzer Zeit abzutödten, wir dürfen uns vielmehr auch mit schwächeren Antisepticis begnügen, wenn diese nur die Eigenschaft haben, sich derart mit der inficirten Haut zu verbinden, dass diese nicht mehr im Stande ist, bei der Uebertragung auf empfängliche Versuchsthiere eine In-

fection hervorzurufen. Wir dürfen die Haut im Sinne der Asepsis dann als genügend desinficirt ansehen, wenn sie nicht mehr inficiren kann.

4) M. Levinowitsch: *Bacteriologische Untersuchung des Blutes bei Eclampsie.* (Aus der St. Petersburger Gebäranstalt.)

L. hat im frisch untersuchten Blute 44 Eclamptischen regelmässig grosse Coccen gefunden, deren Eigenschaften er in der vorliegenden Arbeit näher beschreibt. Dieselben sind für Meerschweinchen pathogen. Letztere gehen nach subcutaner Injection einer Reincultur binnen 28—30 Tagen unter dem Bilde einer acuten Anämie in Folge der entstehenden Endometritis haemorrhagica zu Grunde. In einigen Fällen wurden mehrfache kurzdauernde Krampfanfälle verschiedener Muskelgruppen beobachtet. L. will durch die vorstehende Mittheilung noch keinen bindenden Beweis für die Specificität des gefundenen Micrococcus bezüglich der Eclampsie erbracht haben, dennoch weist der regelmässige Befund desselben Microorganisums im Blute von 44 Eclamptischen und die in 25 Fällen erzielte Reincultur darauf hin, dass wir es hier nicht mit einer zufälligen Verunreinigung zu thun haben, sondern mit einem Microorganismus, der zur Aetiologie der Eclampsie eine gewisse Beziehung hat.

5) C. Weber (Honnef a/Rh.): *Das gespaltene und Fixirspeculum.*

W. theilt mit, dass das von Zepler beschriebene geschlitzte Speculum (vergl. ds. Monatsschr. No. XII., Jhrg. 1899) von ihm „vor langen Jahren" erfunden, aber erst durch eine wesentliche Verengerung des Spaltes zu einem wirklich brauchbaren Instrument umgewandelt wurde. W. bespricht dann des Näheren die angegebene Veränderung.

6) F. Heymann: *Ein Fall von durch Umstechung und Naht geheilter Nabelblutung bei einem kongenital syphilitischen Neugeborenen.* (Aus dem Wöchnerinnenasyl zu Mannheim.)

Der Fall betrifft ein zweifellos congenital syphilitische Kind, bei stehen schien, aber in immer kürzeren Intervallen immer heftiger wiederkehrte und sowohl der Compression wie der styptischen Wirkung des Liquor ferri und der Glühhitze trotzte, durch Umstechung und Naht aber prompt zum Stehen gebracht wurde. Es wurde zuerst eine Naht von oben nach unten unter dem ganzen Nabel und damit gleichzeitig unter der blutenden Stelle durchgelegt und zugezogen; dann wurde fortlaufend zu jeder Seite der ersten Naht eine weitere hinzugefügt, welche nur die Haut fasste und diese fest über der blutenden Stelle zusammenzog. Die Blutung stand dann sofort. Das Kind, obwohl es schlecht entwickelt und stark ausgeblutet war, erholte sich nach der Stillung der Blutung in kurzer Zeit.

7) H. Abegg (Danzig): *Das Stypticin bei Gebärmutterblutungen.*

Verfasser wendet sich zunächst gegen die zu operationslustigen Gynäcologen, die sich meistns nicht die Frage vorlegen, ob nicht die Kranke durch ein milderes, weniger eingreifendes Verfahren auch erfolgreich zu behandeln wäre, sondern vielmehr die Frage: „Ist an der Kranken gar nichts zu operiren?" und dann diese letztere Frage möglichst häufig sich bejahen. So werden manche Myomoperationen ohne Grund gemacht. Zur Bekämpfung der Blutung bei den Uterusmyomen stehen uns ausser der Operation mehrere interne Mittel zu Gebote, darunter das von Freund eingeführte Stypticin. A. giebt nun seine mit letzterem Mittel gemachten Erfahrungen bekannt. Bei Blutungen, deren Ursache grössere Myome oder Polypen waren, blieb das Stypticin unwirksam; dagegen zeigte sich Stypticin bei zu starker Menstruation, bei Blutungen im Wochenbett und bei Blutungen im Climacterium von Nutzen. In den angeführten Fällen wirkte es ausserdem als entschieden beruhigendes Mittel, indem es ruhigen Schlaf herbeiführte, und endlich rief es bei innerer Darreichung niemals unangenehme Erscheinungen hervor, während bekanntlich das Mutterkorn nicht immer gut vertragen wird, sondern bisweilen Erbrechen und Uebelkeit verursacht.

FEUILLETON.

"Experts"—A Suggestion.

BY

W. J. O'Sullivan, M.D., LL.B., etc.

It is odd that in the progressive United States the present method of marshalling "Expert" evidence should receive toleration in its courts, while its judges very generally objurgate the "Expert" and his testimony.

In the countries of Continental Europe the competency and procedure of "Experts" are surrounded by safeguards inspired of wisdom and evolved by experience. In the United States and in England the veriest charlatan is permitted to usurp the title and profit by the function. Our courts and the public are periodically shocked by the conflicting dogmatic utterances of empirics whose only stock in trade is craft, volubility and lack of scruple. Yet the testimony of this class frequently extinguishes the vital spark of our fellow-man.

The "Expert" in his "field of usefulness" presents a problem. It is not new, for his role in the forum is as old as it is unsatisfactory. He was utilized by the Egyptians in 1550 B. C., and "medical questions were submitted to his consideration for enlightenment in legal proceedings" (Diodorus). The Hindoos discussed him in the Rig Veda, 1500 B. C., and for his guidance they later embodied a treatise "on poisons and antidotes" in the Ayur Vedas, which was compiled about 600 B. C. The Hippocratic writings undertook to aid him with an array of medico-legal facts as early as 420 B. C., and the Romans enacted as law "That persons who were *artis periti* should be summoned by the *judex* at his discretion in order to inform the *judex* as to physical laws and other phenomena."

In France, Germany and Italy he played the role of *amicus curiae* from the seventh to the fourteenth century, but it was not until the early part of the sixteenth century that medico-legal science, so-called, had forensic recognition. We find the "Expert" receiving distinct employment somewhat after our present methods in Germany at this period, which necessitated embodying later in the Caroline Code rules prescribing "the duties of surgeons and physicians," and the mode of using them as witnesses in litigation.

France followed close in the footsteps of Germany, and excelled her in filing the first treatise on medico-legal science as it was then understood (A. D. 1574). Italy moved closely on the lines adopted by France, and offered the second treatise on this subject, A. D. 1598. Since that time these three countries have been steadily improving and are to-day foremost in their regulations covering the competency of experts, their efficiency and the utility of their testimony.

England did not profit by the experience on the Continent of Europe, and she is to-day, in matters relating to "Experts" as backward as the United States, that adopted her system.

A case in point will show the pace Britain set, and will illustrate the arrogance and dogmatic assertions of "Experts" in the latter part of the seventeenth century in England.

At the trial of the Suffolk witches, Dr. Sir Thomas Browne, the leading physician in England, was called as an "Expert," and on his testimony two women were hung. The charge was "bewitching children." Here is part of the distinguished English physician's testimony:

"I am clearly of opinion that the persons were be-

witched. * * * That the devil in such cases did work upon the bodies of men and women upon a natural foundation to stir up and excite such humors superabounding in their bodies to a great extent, whereby he did in an extraordinary manner afflict them with such distempers as their bodies were most subject to, as particularly appeared in these children. * * * heightened to a great excess by the subtlety of the devil co-operating with the malice of those we term witches at whose instance he doth these villainies."

Don't this fall familiarly on ears that have listened to recent "Expert" utterances? Isn't there something here that recalls the ambiguity and the insistence with which we have heard "Experts" glibly discuss matters beyond human ken?

Hearken to what eminent judges have to tell while sitting in Federal and State Courts where "Expert" testimony formed part of the cases eliciting the dicta.

In a leading case in Iowa it was held:

"The evidence of 'Experts' is of the very lowest order and of the most unsatisfactory character. We believe that in this opinion experienced laymen unite with members of the legal profession."

In a leading case in Indiana the court says:

"The opinions of experts are not so highly regarded now as formerly; for while they sometimes afford aid in the determination of facts, it often happens that experts can be found to testify to any theory, however absurd; and they frequently come with biased minds prepared to support the cause in which they are embarked."

While the Supreme Court of the United States says:

"Experience has shown that opposite opinions of persons professing to be experts may be obtained to any amount, and it often occurs that not only many days, but even weeks, are consumed in cross-examinations to test the skill or knowledge of such witnesses and the correctness of their opinions, wasting the time and worrying the patience of both the court and jury and perplexing instead of elucidating the questions involved in the issue."

The following criticism by the Supreme Court of Maine may seem severe, yet not unmerited:

> "Any one who has listened to the vain babblings and oppositions of science, so-called, which swell the record of the testimony of experts when the hopes of a party depend rather upon mystification than enlightenment, will see the wisdom of the rule excluding opinions."

In dealing with those who hold themselves out as experts in handwriting, the Supreme Court of Michigan gave as its opinion:

> "Every one knows how very unsafe it is to rely upon any one's opinions concerning the niceties of penmanship. The introduction of professional experts has only added to the mischief instead of palliating it, and the results of litigation have shown that these are often the merest pretenders to knowledge, whose notions are pure speculation."

While the Supreme Court of the District of Columbia records its experience with this class of experts:

> "Of all kinds of evidence admitted in a court this is the most unsatisfactory. It is so weak and decrepit as scarcely to deserve a place in our system of jurisprudence."

The United States Circuit Court summed its experience in the following language:

> "Their testimony is of rather a dangerous character and not much to be relied upon.
>
> "Opinions with regard to handwriting are the weakest and least reliable of all evidence."

The Supreme Court of Illinois discusses the testimony offered by medical experts in a case before it, as follows:

> "These doctors were summoned by the contestants as experts.
>
> "The testimony of such is worth but little and should always be received by juries and courts with great caution. It was said by a distinguished judge in a case before him, if there was any kind of testimony not only of no value, but even worse than that, it was, in his judgment, that of medical experts."

The London Lancet, striving to arouse the medical profession

in England, published the views of Lord Frazer, presiding judge in the Scotch courts, from which the following is taken:

> "It left on the mind the distressing impression that the science of medicine was simply the science of guessing and experts. Different doctors with equal confidence and equal dogmatism expressed contrary opinions upon the same condition of things."
>
> He advised "the jury to exercise their common sense, throw overboard the medical opinions, and go by the facts."

It will not be necessary to add to these samples of condemnation selected at random from different jurisdictions, as the purpose of this hastily arranged paper is to offer a suggestion relative to the conditions complained of.

The term "Expert" has been defined many times by our Courts in every State, and by the Federal Courts. Of these, the definition of Mr. Justice Shaw of Massachusetts is acceptably terse and comprehensive:

> "An expert is a person of large experience in any particular department of art, business or science."

As to the admissibility of expert testimony, the following rule is generally recognized:

> "The rule admitting the testimony of experts is exceptional, for no principal of law is better settled than that the opinions of witnesses are in general inadmissible in evidence."

In our courts, to make the opinions of "experts" admissible in evidence, it is necessary to show, *first,* that the subject matter of the inquiry "should be within the range of the peculiar skill and experience of an expert witness." *Second,* that "it should be one that the ordinary knowledge and experience of mankind does not enable them to see what inference should be drawn from the facts."

In our jurisdictions the competency of an "Expert" is determined by the court; it is a question of law whether a given witness has the necessary qualifications to entitle him to testify as an "expert" or not.

In France experts are officially delegated by the court to inquire into the facts and report thereon to the presiding judge.

In Germany the courts have not the power of appointment

and are not allowed to pass upon the qualifications of expert witnesses.

In criminal cases in Germany the experts first summoned are exclusively those who have satisfied the state, "after prior examination of their competency and skill in such particular inquiries and have been duly authorized to testify in such cases." Provision is also made for an appeal to a tribunal of experts to which the opinions of the expert witnesses employed on the trial can be referred.

The English system of permitting the parties to select their own "experts" is identical with that obtaining in the United States.

The universal condemnation of the present "Expert" system ought to arouse the Academy of Medicine or some similar body to action. There are able and conscientious men who, through years of patient research and large experience in special fields of science, are justly rated as "Experts," whose opinions are entitled to serious consideration. A scheme should be formulated (that could be used as the basis of legislation) for the identification of these men for forensic purposes from the blatant charlatans and mountebanks that frequently infest the forum as "Experts." The disciples of Esculapius and their scientific allies know well the distinction; the courts and the public do not. It is for the scientists themselves to draw the line of demarcation.

At present many eminent men decline to testify in our Courts fearing they be pitted against Empirics. The great scientist is modest and frankly admits inability when you seek light on subjects beyond the range of human research: the quack, reckoning on the credulity of his auditors, unhesitatingly descants on the skeletal conformation of a defunct thought and in corroboration offers the photographs of an embroynic idea—if either be necessary to the exigencies of his side of the case. The jury and the press comment disparagingly on the scientist with mundane limitations and are enraptured by the spurious learning of the quack. This ought to be remedied and by those on whom the quack brings discredit.

This paper does not offer a remedy, but in this desultory fashion urges the necessity for action, and outlines a suggestion. Here is the suggestion, minus any claim for novelty:

"Experts" should be selected after an adequate competitive examination, certain of these appointed for each county, and to

them should be submitted all questions of medical or other science that might arise in the course of litigation. They should be empowered to make full investigation; to take testimony bearing on the questions submitted, and in some cases hear counsel. After having fully heard the matter presented, they should certify as to their opinion, and this should be addressed to the courts, as are the reports of referees in other matters. Some provision should be made for an appeal from the opinions so filed to some larger body of duly qualified "Experts," whose opinion on the matter as presented would be final. The matters presented to these "expert-referees" should be propounded when possible as abstract propositions of science, their opinions being simply the solution of the problems presented, in an impersonal manner. These experts should be chosen after a rigid examination by some such body as the Academy of Medicine, and they should be subject to re-examinations at least every two years, which would compel them to keep abreast of current scientific discoveries, inquiries and experimentations. Some such scheme as this in practical operation would rescue expert testimony from the merited disrepute into which it has fallen.

If this suggestion is fruitful of discussion, or begets action of those whose duty so inclines, the crudity of this paper may be condoned: the extenuating fact pleaded is sincerity of purpose.

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt New York.

17 West 43. Strasse.

Sitzung vom Montag, den 6. November 1899.

Präsident: Dr. Hermann G. Klotz eröffnet die Sitzung um 8¼ Uhr.

Secretär Dr. John A. Beuermann verliest das Protocoll der vorigen Sitzung, welches genehmigt wird.

VORSTELLUNG VON PATIENTEN UND DEMONMONSTRATION VON PRAEPARATEN.

Dr. Carl Beck (Patienten vorstellend): In der Discussion über die Gallensteinkrankheit, welche vor mehr als 2 Jahren in unserer Gesellschaft stattfand, hatte ich der Hoffnung Ausdruck

gegeben, dass die Zukunft uns bessere Hülfsmittel zur Fixirung der Gallensteine in Gestalt vervollkommneter Vacuumröhren bescheeren würde.

Wie Sie aus den Gallensteinbildern, welche ich die Ehre habe, Ihnen heute Abend vorzulegen, ersehen, war diese Hoffnung kein lehrer Wahn. Dass sich Nieren- und Blasensteine ohne Schwierigkeiten skiagraphisch darstellen lassen, vorausgesetzt, dass es sich um harte solide Massen, wie sie die Oxalate aufweisen, handelt, ist nunmehr ziemlich allgemein zugegeben. Die weniger dichten Urate werfen nur undeutliche Schatten, während die nahezu völlig transparenten Phosphate einen kaum nennenswerthen Eindruck hinterlassen. Die Darstellungsfähigkeit der Steine des Harntractus hängt also durchaus von dem Typus ihrer chemischen Zusammensetzung ab, steht also mit anderen Worten in geradem Verhältniss zu deren Dichtigkeit.

Dieselben Regeln finden auch auf die Darstellungsfähigkeit der Gallensteine Anwendung.

Nach vielen vergeblichen Versuchen gelang es mir zuletzt die Cholelithiasis bildlich zu veranschaulichen und zwar war ich zum ersten Mal bei der 72jährigen Mutter dieses Patienten so glücklich.

Bei dem Patienten gelang es mir ein noch viel deutlicheres Gallensteinbild bei sechs Minuten Expositionsdauer zu produciren. Das Bild, welches auf dem Negativ noch viel deutlicher hervortritt, zeigt zwei grosse Steine in der Gallenblase, einen im ductus cysticus und drei in den Lebergängen. Lagerung, Gestalt, Grösse und Durchmesser sind deutlich markirt. Von dem Lebergewebe ist nur eine ganz geringe Andeutung vorhanden. Es bedarf keiner weiteren Ausführung, wie wichtig es ist, zu wissen, ob ausser den Steinen in der Gallenblase auch noch welche in den interhepatischen Gängen sich befinden. In einer früheren Arbeit (Wann sollen wir bei der Gallensteinkrankheit operativ eingreifen?" New York Medical Journal, 8. November 1897), erklärte ich mich für die Cholecystostomie versus Cystendyse in Rücksicht auf die Thatsache, dass „sich oft noch kleine Steine nach der Cholecystostomie zeigen, auch wenn man die Gallenblase und die Gänge noch so sorgfältig während der Operation sondirt und abgetastet hatte. Die Gründe für diese wohlbekannte Thatsache sind nicht bekannt. Man hat nur dann die Chance, diese Nachzügler zu Tage zu fördern, wenn man die Gallenblase noch eine geraume Zeit offen lässt, während man bei dem idealen Gallenblasenverschluss sich aller postoperativen Maassnahmen begiebt."

Das vorliegende Bild zeigt den Grund dieser wohlbekannten und unerklärbaren Thatsache. Der Reiz, welcher durch die Cholecystostomie gesetzt ist, liefert den Anstoss dazu, dass sich die Steine blasenwärts wenden, wo sie vielleicht ursprünglich gewesen waren.

Wie wünschenswerth es ist, v o r einer Gallenblasenoperation

zu wissen ob sich noch Steine im Ductus choledochus befinden, bedarf wohl kaum der Erörterung.

Der Patient, ein 37jähriger Fabrikant, ist mir seit siebzehn Jahren persönlich bekannt. Mit Ausnahme leichter und seltener gastrischer Störungen hatte er sich stets des besten Wohlbefindens erfreut. Seit den letzten drei Monaten nur bemerkte er hie und da ein leichtes Ziehen in der Gallenblasengegend. Icterus war bei ihm jedenfalls nie vorhanden gewesen.

An zwei Schwestern dieses Patienten hatte ich im Laufe des letzten Jahres die Gallenblase wegen Cholelithiasis eröffnet. Der Fall der einen Schwester, einer 39 Jahre alten Frau, beansprucht deshalb ein höheres Interesse, da an ihm die Cholecystostomie linksseitig — wohl die erste derartige Operation — vorgenommen worden war, indem sie an totalem Situs transversus leidet. Ich hatte die Ehre, die Patientin voriges Jahr hier vorzustellen. Es waren drei grosse, viereckige Steine extrahirt worden, welche einem vierten von dreieckiger Gestalt attachirt waren. Die drei viereckigen Steine bestehen aus einem schwarzen Kern, einem dicken mittleren Lager von Bilirubinkalk und einer dünnen seifigen Aussenschicht von Cholesterin.

Die andere Schwester, welche 29 Jahre zählt, giebt an, seit 15 Jahren an wiederholten Kolikanfällen gelitten zu haben, welche von der rechten Darmbeingrube ausgingen und nach der Magengrube hin ausstrahlten. Icterus war auch hier nie vorhanden gewesen. Die Diagnose chronischer Appendicitis war von dem Hausarzt der Familie gemacht worden, und nach dem letzten Anfall war ich um die Appendectomie ersucht worden. Unter Narkose wurde ein bandartiger Tumor constatirt, welcher vom unteren Leberrand bis an die Darmbeingrube hinabreichte. Der Gallenblasenschnitt, der sich an die Untersuchung anschloss, ergab zwei grosse elliptische Steine, welche dem Typus der Bilirubinkalksteine angehörten und derart sich aneinander anlehnten, dass man sie leicht mit einem durch recidivirende Entzündungsvorgänge verdickten Wurmfortsatz verwechseln konnte. Die Fehldiagnose des Collegen gereicht ihm in diesem Falle also nur zur Ehre.

Die Tochter der an Situs transversus leidenden Patientin ist fünfzehn Jahre alt und leidet ebenfalls seit zwei Jahren an „Magenkrämpfen." Bei ihr ist ein kleiner Tumor in der Gallenblasengegend palpirbar. Icterus war in diesem Falle zwei Mal vorhanden gewesen. Ausserdem leiden noch 5 weitere Mitglieder der Familie an Gallensteinen!

Die Kenntniss dieser Thatsachen war, beiläufig erwähnt, der einzige Anstoss gewesen, welche mich veranlasst hatten Herrn F. J., der durchaus nicht als Patient figuriren wollte, als gallensteinverdächtig anzusehen und ihn zu einer Röntgen-Aufnahme zu überreden.

Ich habe weiter Versuche über die Durchscheinfähigkeit der Gallensteine gemacht, und es stellte sich dabei ein ganz verschie-

dene Durchleuchtungskraft heraus. Zum Beispiel finden Sie hier bei diesem grossen Gallenstein No. 12 von der Schwester dieses Herrn, dass die mittlere Schicht eine sehr grosse Deutlichkeit zeigt, während die äussere Schicht fast gar keinen Schatten wirft. Ich habe dann ferner alle diese verschiedenen 12 Gallensteine durch den Körper eines meiner Patienten mit Röntgenstrahlen aufgenommen, und Sie können überall die Contouren der Gallensteine deutlich sehen.

Ich brauche Sie nicht darauf hinzuweisen, wie ungeheuer wichtig es ist, ohne exploratorische Laparotomie Gallensteine im Körper nachzuweisen. Das Bild ist so deutlich, dass man keinen Zweifel haben kann. Die jüngste Literatur über die Röntgenstrahlen hält noch daran fest, dass es absolut hoffnungslos sei, Gallensteine durch die Photographie nachzuweisen. Ich glaube jedoch ganz sicher, dass es mit grösserer Beherrschung der Technik gelingen wird, sie noch deutlicher erscheinen zu lassen, und dass bei grösserer Durchleuchtungsfähigkeit der Tuben die Gallensteine in jedem Falle nachzuweisen sind.

Dr. Jos. Brettauer: Ich stelle hier eine Patientin vor mit sehr grosser Urethralcarunkel, die theilweise gangränescirt ist. Die Erkrankung selbst ist eine alltägliche, aber in dem Grade, wie sie sich hier zeigt, habe ich sie in 10jähriger klinischer Praxis noch nie gesehen und deshalb habe ich die Frau hierher gebracht. Die Frau ist 56 Jahre alt und hat erst seit neun Tagen Symptome gezeigt, und zwar hauptsächlich Blutung. Sie blutet aus der Urethra jedesmal, nachdem sie urinirt. Ich sah die Frau heute, und es zeigte sich, dass sie eine Carunkel an der Urethra von ca. Haselnussgrösse hat, welche in der oberen Hälfte in Gangrän übergegangen ist. Die ganze obere Hälfte ist schwarz verfärbt, und es bildet sich eine deutliche Demarcationslinie. Warum hier Gangrän eingetreten ist, das ist mir nicht recht klar, da keine Einklemmung, noch irgend welche Raumbeengung nachzuweisen ist.

Dr. Max Toeplitz:

EIN FALL VON VEREITERUNG DES SINUS LATERALIS UND THROMBOSE DER VENA JUGULARIS MIT ALLGEMEINER PYAEMIE. Operation. Heilung. (Liest.)

Discussion. Dr. Willy Meyer: Der Fall bietet von verschiedenen Seiten aus Interesse. Vor allen Dingen zeigt er, dass Patienten mit ausgesprochener Pyämie nicht absolut verloren sind, eine Thatsache, die uns allerdings schon seit Langem bekannt ist. Man muss ohne Frage Alles anwenden, um solche Kranke zu retten. Die Haupt-Therapie besteht darin, dass man sämmtliche Deposita, wo es angeht, chirurgisch attackirt. Das grösste Interesse liegt in diesem Falle aber darin, dass hier offenbar pyämische Lungeninfarcte da waren, und dass auch solche Fälle wieder gut werden können, vorausgesetzt, dass die Patien-

ten im Allgemeinen noch gewisse Widerstandskraft besitzen. Ich glaube, der Fall ist exceptionell.

In Bezug auf die Frage, ob in Fällen von Sinusthrombose die Vena Jugularis interna eröffnet und, wenn möglich, exstirpirt werden soll oder nicht, ist noch nicht vollkommen entschieden. Ich möchte mich auf Seite derjenigen neigen, die für solches Vorgehen sind. Es war in diesem Falle ausserordentlich interessant, während der Operation zu sehen, dass die Thrombose genau bis dahin hinunterstieg, wo die Aeste der Vena facialis anterior in die Jugularis einmünden. Man konnte deutlich sehen, wie das Blut vom Gesicht her einem gesunden Körper-Abschnitt, in den unteren Theil der Jugularis einströmte. Ich würde für solche Fälle rathen, auf die Vena einzuschneiden und so weit mit der Incision nach unten zu gehen, bis man eine vom Thrombus freie Stelle der Vene findet. Dort soll man sie ligiren. Ob die Vene exstirpirt werden soll, ist etwas anderes. Ich habe auch hier nur einen Theil der Vene entfernt; es waren so schwere Adhäsionen im oberen Abschnitt, dass es mir unangebracht schien, bei dem Zustand des Patienten mehr zu thun. Oben war der Sinus frei und offen, unten die Vene, der Eiter war mit Irrigation entleert. Wir wussten, dass es sich einfach um die zusammengefallene Vene, einen leeren Kanal, handelte, der unter Drainage allmählich heilen musste. So geschah es auch. Ich meine, man soll in jedem Falle von Sinusthrombose, wo man Verdacht auf Thrombus der Vena jugularis hat, auf die Vene einschneiden und, so weit es nothwendig ist, hinuntergehen und unterbinden und sich dann von dem Zustand der Vene leiten lassen, ob man dieselbe exstirpiren soll oder nicht. Mir scheint, dass auf diese Weise am besten solche Patienten der Heilung entgegengeführt werden können. Der Fall hat mich noch mehr bestärkt, dass man, auch in scheinbar desperaten Fällen, Alles versuchen soll, den Kranken zu retten.

Dr. Max Toeplitz (Schlusswort): Ich möchte zu dem, was Dr. Meyer gesagt hat, nur bemerken, dass die Exstirpation der ganzen Vena jugularis doch nicht so schwer ist. Die Gefahr ist in diesem Falle nicht sehr gross. Man kann die Jugularis ganz gut exstirpiren, indem man sie soweit als möglich herauszieht und abschneidet. Dann ist die Wundheilung besser.

Dr. H. F. Garrigues:
VOLLKOMMEN ERHALTENER URACHUS BEI EINER ERWACHSENEN. (Veröffentlicht in ds. Monatsschr. in der Novembernummer 1899.)

Dr. A. Rose: Demonstration eines neuen Apprates zur äusseren Anwendung der Kohlensäure. — In den letzten zwei Decennien sprach ich verschiedene Male über Anwendung der Kohlensäure, heute will ich nicht näher darauf eingehen, sondern nur oberflächlich bemerken, zu welchem Zweck ich mit Kohlensäure experimentirte. Zuerst bewährte sich mir dieses

Mittel bei Dysenterie in ganz vorzüglicher Weise, im weiteren bei Rhinitis, bei Erbrechen der Schwangeren, bei Keuchhusten etc. In der älteren Literatur findet sich eine grosse Anzahl von Anwendungsweisen beschrieben, von denen man jetzt gar nichts mehr weiss. So soll sie bei Ohrenkrankheiten, Augenleiden, Blasenbeschwerden verwendet worden sein. Nachahmer fand ich selbst wenige, man legte bisher meinen Beobachtungen wenig Gewicht bei. Es mag sein, dass man sich noch gewisse Gefahren bei der Anwendung der Kohlensäure einbildet, Erstickungsgefahr bei Application auf die Schleimhaut der Nase, des Kehlkopfes, Einleitung von Abortus. In Bezug auf letztere Befürchtung will ich hier anführen, dass Kohlensäure nie Uteruscontractionen hervorbringen kann. Man darf ohne alle Befürchtung Schwangeren Vaginal- oder Rectaldouchen von Kohlensäure appliciren, um Erbrechen zu stillen. Nun wurde ich neuerdings mit einer Erfindung bekannt, die vielleicht der Anwendung der Kohlensäure zu therapeutischen Zwecken grossen Vorschub leisten wird. Man hat erfunden, flüssige Kohlensäure in eine Stahlcapsel einzupressen, und in dieser Form kann man sie in der Tasche mit sich herumführen, sogar mit der Post verschicken. Die Möglichkeit einer Explosion ist vollständig ausgeschlossen, weil diese Stahlcapsel der flüssigen Kohlensäure einen zehnfachigen Widerstand entgegensetzt, während man früher die Kohlensäure in Apparaten aufbewahrte, in denen sie explodiren konnte, wenn das Sonnenlicht auf den Apparat schien oder wenn derselbe in die Nähe des warmen Ofens aufgestellt war. Diese Stahlcapsel wird nur einmal gebraucht, man schraubt sie in diesen Apparat ein, eine Nadel perforirt die Kapsel, und die flüssige Kohlensäure entweicht in diesen Ballon. Diese Vorrichtung, dei ich Ihnen hier zeige, ist eine Erfindung von letzter Woche. Ich habe den Apparat nur einmal bisher demonstrirt. (Demonstration.) Sie sehen, jetzt bläht sich der Ballon auf. Von dem Ballon aus kann man den Strom ganz nach Belieben reguliren. Dieser Ballon ist schon mehr als 100 Mal aufgeblasen worden und, wie Sie sehen, noch nicht geplatzt. Die Kohlensäure kann nicht zurückgehen. Ein besonderer Vortheil dieser Vorrichtung ist der, dass man die Kohlensäure absolut rein halten kann, kein Ventil ist angebracht, kein Lubricationsmittel kann die Kohlensäure verunreinigen. Ich will nun zeigen, wie genau ich den Strom reguliren kann.

Es ist gar nicht abzusehen, welche Vortheile diese einfache Verwendungsart darbietet. Ich denke, ich werde Ihnen bald einen Apparat demonstriren können, vermittels dessen man ein Bad von Kohlensäuregas nehmen kann und, während man im Bade ist, spazieren gehen kann.

GESCHAEFTLICHE MITTHEILUNGEN DES PRAESIDENTEN.

Dr. M. Gross:

WAS HABEN DIE IN DEN LETZTEN 20 JAHREN ANGESTELLTEN FORSCHUNGEN AUF DEM GEBIET DER DIAGNOSTIK DER MAGENKRANKHEITEN FUER DEN ALLGEMEINEN PRAKTIKER GELEISTET. (Liest.)

Discussion. Dr. Max Einhorn: Ich glaube, dass College Gross einen sehr interessanten Vortrag gehalten hat; derselbe war sehr lehrreich und ausserdem auch sehr schön poetisch geschmückt. Ich muss sagen, dass ich in vielen Punkten mit Dr. Gross übereinstimme, in manchen aber auch nicht. Die Begriffe Atonie und Dilatation sind von weniger Bedeutung als diejenigen, welche darauf Bezug nehmen, die wirkliche motorische Thätigkeit zu schätzen, und ich habe gerade in Bezug darauf den Ausdruck Ischchymie oder Stauung der Speisen im Magen vorgeschlagen, um die Sache zu vereinfachen. Wenn man den Magen am Morgen nicht leer findet, sondern mit Speise gefüllt, so ist das der Ausdruck einer gestörten motorischen Thätigkeit, und das ist leicht zu erkennen. Ob der Magen noch dazu gross oder klein ist, das hat nichts zu sagen. Solche Mägen sind sehr krank und bedürfen einer ordentlichen Behandlung.

Dr. Gross hat in Bezug auf Secretion erwähnt, dass man oft nach der Menge des Schleims auch die Secretion beurtheilen kann, und zwar im umgekehrten Maassstab, je mehr Schleim, destoweniger Salzsäure. Nach meinen Erfahrungen glaube ich, dass dies nicht genau festgehalten werden kann. Ich habe schon Mageninhalte gesehen, wo beinahe die Hälfte Schleim und der Salzsäure-Gehalt ein sehr hoher war, dagegen ziemlich geringe Acidität-Mengen und wenig Schleim. Also gerade wo gar kein Saft da ist, findet man gar keinen Schleim, in den meisten Fällen. Es giebt auch da Ausnahmen. Ich möchte nur darauf hinweisen, dass man es nicht als Regel hinstellen kann, dass die Menge des Schleims umgekehrt proportional zur Salzsäure-Abscheidung ist.

Ich glaube, dass die Schätzung der Pepsinmenge oder der Fermente im Grossen und Ganzen keinen practischen Werth hat. Die Salzsäurebestimmungen können leicht gemacht werden. Im Grossen Ganzen gehen die Fermentabscheidungen mit der Salzsäureabscheidung Hand in Hand. Allerdings ist manchmal die freie Salzsäure nicht vorhanden, weil dieselbe gebunden wird an die Eiweisskörper, wo es sich um kleine Mengen handelt, so dass man keine Salzsäure, wohl aber noch die Fermente nachweisen kann. In Bezug auf das Plätschergeräusch hat College Gross erwähnt, dass es schwer zu unterscheiden ist, in welchem Organ das Geräusch entsteht. Ich glaube dagegen,

dass einer, der einigermaassen Erfahrung darin hat, keine Verwechslung machen kann. Das Plätschergeräusch im Magen dehnt sich über eine grosse Fläche aus. Der Magen ist ein ziemlich grosses Organ. Ein Plätschergeräusch im Dickdarm oder den Därmen überhaupt wird im Grossen und Ganzen nur über eine kleinere längliche Strecke nachweisbar sein. Das Plätschergeräusch hat, wie auch Dr. Gross hervorgehoben hat, nicht die Bedeutung, die ihm hauptsächlich Bouchard zugeschrieben hat. Derselbe war, glaube ich, einer der ersten, der diese Untersuchungsmethode ausübte und sagte, wo ein Plätschergeräusch da ist, ist auch Erweiterung des Magens vorhanden. College Rose hat gerade mit mir zusammen eine grössere Untersuchung vorgenommen und veröffentlicht, gerade weil ich der Ansicht war, dass man Plätschergeräusch sehr häufig findet, wo der Magen gar nicht vergrössert ist. Dr. Rose hat in dem Artikel mitgetheilt, dass von 100 Leuten in etwa 80 oder 90 — ohne Magenleiden — das Plätschergeräusch hervorgerufen werden konnte. Natürlich muss etwas Flüssigkeit im Magen sein, wenn man das Plätschergeräusch erzeugen will. Wenn man das Plätschergeräusch des Morgens findet, so ist das von Manchen benutzt worden, um festzustellen, dass der Magen nicht leer ist. Das ist kein gutes Criterium. Eine ganz kleine Menge Saft im Magen, ohne dass Speisen darin sind, kann dieses Plätschergeräusch erzeugen. Das Plätschergeräusch dient nur dazu festzustellen, wo der Magen liegt, da wo man es bekommen kann. Das ist eine leichte Untersuchungsmethode, die für jeden Arzt von Werth ist. Manchmal ist es wichtig zu wissen, ob der Magen an seiner normalen Stelle liegt oder heruntergerutscht ist. Wenn man das Plätschergeräusch ziemlich unter dem Nabel bekommt, über eine grössere Fläche des unteren Abdomens vom Nabel herunter bis zur Symphyse, da kann man sagen, ist Gastroptose vorhanden. Wenn aber das Plätschergeräusch nur oberhalb des Nabels zu finden ist, wird man von einem Herunterrutschen des Magens nicht gut reden können.

Dr. A. Rose: Wenn ich recht verstanden, führt der Herr Redner die Reichmann'sche Krankheit als ein abgeschlossenes Krankheitsbild an. Ich glaube, dass das jetzt nicht mehr allgemein angenommen wird. Es ist wahrscheinlicher, dass das blos ein Theil einer allgemeinen Nervenerkrankung ist. An einem Tage findet man überschüssige Säure, an einem anderen Tage nicht. Kurz, die Reichmann'sche Krankheit hat viel Aehnlichkeit mit Hysterie. Etwas anderes hat mich besonders interessirt. College Gross sprach über Gastralgie nach Geschwüren. Ich kenne die Schwierigkeit, denen man bei Behandlung solcher Gastralgien begegnet. Ich weiss, dass man sehr viele Mittel versucht, aber dass kein einziges Mittel zuverlässig ist. Man gebraucht unter anderem Electricität, versucht auch Kohlensäure, aber nichts hat sich bisher bewährt. In zwei Fällen, die ich noch nicht veröffentlicht, versuchte ich ein neues

Mittel. Da das noch nicht so lange her ist, so kann ich nicht sagen, ob mein Erfolg ein dauernder, aber einige Monate lang hat er sich bewährt. Ich hatte zwei Kranke mit typischem Magengeschwür; in einem Falle heilte das Geschwür nach einmaliger regulärer Cur und in dem anderen Falle, nachdem die Patientin — beide sind Frauen — eine zweite Cur mit Ruhe und Breiumschlägen durchgemacht hatte. Ich konnte annehmen, dass das Uebel geheilt war, denn es fand sich keine schmerzhafte Stelle mehr auf Druck im Epigastrium. Dann traten in beiden Fällen Schmerzen auf, die unabhängig von Ingestion waren. Sie traten des Nachts auf und machten den Zustand der Patienten unerträglich, und für mich auch, denn ich fand nichts zur Erleichterung. Es war mir natürlich sehr unheimlich, da für die Dauer Narkotica zu geben. Da schnitt ich ein breites Gummipflaster der Form des Unterleibs entsprechend, das sich nach hinten verjüngte und den Leib vollständig sicherte, entsprechend dem Gummipflaster-Verband, den man bei Rippenfractur oder Pleuritis am Thorax anzulegen pflegt. Die Patientinnen haben sich beide darauf wohl gefühlt, und bei der einen haben sich bisher keine Schmerzen eingestellt, bei der anderen nur sehr selten, während die Schmerzen sonst sehr häufig waren. Es war mir angenehm, bei Gelegenheit dieser Discussion diese Mittheilung machen zu können, ich werde in weiteren Fällen, die zu mir kommen, das Mittel wieder versuchen.

Dr. J. E. Reinthaler: Dr. Gross hat in wenigen Worten ein ausgezeichnetes Resumé über das gegeben, was in den letzten Jahrzehnten in Bezug auf Diagnose und Behandlung der Magenkrankheiten geleistet worden ist. Ich glaube jedoch, dass er über etwas zu rasch hinweggegangen ist, das ist die Diagnose des Magencarcinoms. Er sprach davon, dass das Magencarcinom dadurch leicht diagnosticirt werden kann, dass zeitweise die Salzsäure fehlt, dann wieder durch das Auftreten von Milchsäure. Dabei vergisst er vielleicht, dass Derjenige, der zuerst das Vorhandensein von Milchsäure als Symptom des Magencarcinoms empfohlen hat, Boas in Berlin, derselben nicht mehr die gleiche Bedeutung zuschreibt wie zuvor, wenigstens nicht für die Frühdiagnose des Carcinoms, wie er es im Anfang gethan hat. Trotz der grossen Fortschritte, die die Erforschung der Magenkrankheiten in den beiden letzten Jahrzehnten gebracht hat, sind wir in Bezug auf die Frühdiagnose des Magencarcinoms heute ebensoweit, wie wir vor 50 Jahren gewesen sind; und das ist es gerade, was wir brauchen würden, eine exacte Frühdiagnose, um den Chirurgen den Kranken in einem Zeitpunkte zuzuschicken, wo man von einer Operation noch ein günstiges Resultat erwarten könnte.

Präsident Dr. Hermann G. Klotz: Die Abstimmung hat ergeben, dass die Candidaten Dr. George H. Semken und Dr. Henry Riedel zu ordentlichen Mitgliedern der Gesellschaft gewählt worden sind.

NOMINATION VON BEAMTEN FUER DAS NAECHSTE JAHR.

Es werden die folgenden Herren nominirt:

Als Präsident, Dr. Hermann G. Klotz; als Vice-Präsident, Dr. H. J. Boldt; als. Prot. Secretär, Dr. John A. Beuermann; alst stellvertretender Prot. Secr., Dr. S. Breitenfeld; als Correspondirender Secretär, Dr. A. Rose; als Schatzmeister, Dr. Louis Heitzmann; als Mitglieder des Aufnahme-Comités, Dr. J. W. Gleitsmann, Dr. W. Freudenthal, Dr. Willy Meyer, Dr. Max Einhorn, Dr. F. Lange, Dr. C. Beck.

Schluss und Vertagung.

Dr. John A. Beuermann, Prot. Secretär.

Wissenschaftliche Zusammenkunft Deutscher Aerzte in New York.

110 West 34. Strasse.

Sitzung vom 24. November 1899.

Vorsitzender: Dr. Schottky.

VORSTELLUNG VON PATIENTEN.

1) Dr. A. Jacobi: Ich hatte Ihnen dieses Kind schon in der letzten Sitzung vorgestellt. Die damals von den Herren gemachte Diagnose erwies sich als correct. Es sind Bläschen im Munde vorhanden, die mit seröser Flüssigkeit gefüllt zu sein scheinen, dadurch wird es sicher, dass wenigstens ein Theil der Verdickung von Lymphangiectasie herrührt. Ich möchte nun die Ansicht der Herrn über einen etwaigen operativen Eingriff hören. Da in diesem Falle die Lymphangiectasie auch die Schleimhaut betrifft, so frägt es sich nun, ob wir an ein primäres Entstehen der Lymphangiectasie in der Schleimhaut in diesem Falle zu denken haben oder an eine Fortsetzung des Processes von anderen Geweben aus. Das Erste scheint mir bei der Seltenheit der Fälle nicht in Betracht zu kommen. In therapeutischer Beziehung glaube ich, dass durch häufige Application des Galvanocauters der beste Erfolg zu erzielen sein dürfte.

Discussion. Dr. Willy Meyer: Es wäre vielleicht rathsam, mit dem Paquelin Linien zu ziehen und dann die verschiedenen Abschnitte zu excidiren. Ich habe einen ähnlichen Fall auf diese Weise ungefähr vor einem Jahre behandelt.

2) Dr. A. Jacobi: Fall von Stauungshypertrophie in Folge von Lymphknoten. Dieses Kind ist 3 Jahre und 6 Monate alt. Die linke Wange des Kindes ist seit einem Jahre

geschwollen. Zuerst zeigte sich an der Halsseite eine Geschwulst, die gelegentlich schmerzhaft gewesen zu sein scheint. Einige Monate später fing die Wange an zu schwellen, ohne eine cyanotische Farbe anzunehmen. Die beiden Augenlider sind jetzt nur wenig geschwollen. Der Befund am Herzen ist negativ, die beiden Carotiden sind gleich. An der linken Seite des Halses findet sich eine Reihe von Lymphknoten, die an einer Stelle schmerzhaft sind. Es handelt sich also um eine Stauungshypertrophie in Folge von Lymphknoten.

3) Dr. Jos. Wiener: Fall von Leberabscess. Jacob R., in Oesterreich geboren, 19 Jahre alt, wurde am 18. September 1899 auf die innere Abtheilung des Mt. Sinai Hospital aufgenommen. Er wurde mir freundlichst von Dr. Rudisch überwiesen. Anamnese: Eltern sowie Geschwister sind alle gesund. Pat. hat vor 8 Jahren einen Typhus durchgemacht. Vor 9 Jahren wurde sein rechtes Ellbogengelenk wegen einer vernachlässigten Dislocation resecirt. Vor 5 Jahren hatte Pat. eine Osteomyelitis der Tibia in Folge einer Fractur. Pat. will nie Lues gehabt haben. Acht Tage vor seiner Aufnahme stellten sich heftige Schmerzen im Epigastrium mit Fieber ein. Keine Schüttelfröste, doch täglich reichlicher Schweiss; Stuhlgang regelmässig bis zum Beginn der Krankheit; seitdem Verstopfung. Pat. klagt nur über heftige Schmerzen im Epigastrium. Stat. Praes.: Schlecht genährt, Haut trocken, Temp. 103 Grad, Puls rasch, doch regelmässig. Mässiger Icterus der Conjunctiva. Zunge feucht, dick belegt, roth an der Spitze und an den Rändern. Im Epigastrium ist eine Resistenz zu fühlen, die von 2½ Zoll oberhalb des Nabels bis zum Sternum reicht und auf Druck schmerzhaft ist. Links reicht die Resistenz bis zur Parasternallinie, rechts geht sie in die Leber über. Das Abdomen ist aufgetrieben, mässig tympantisch. Die Leber reicht bis zur sechsten Rippe in der Axillarlinie. Mässige Rasselgeräusche an der rechten Lungenbasis. Im Harn eine Spur Gallenfarbstoff. Operation 19. September. Medianschnitt 2 Zoll lang, das obere Ende des Schnittes 1½ Zoll von dem Processus Xiphoideus. Gedärme durch Jodoformgaze geschützt. Die Leber erschien an der Stelle des Zusammentreffens des rechten und linken Lappens gelb und brüchig. Sofortiger Einschnitt zeigte Eiter und necrotische Lebersubstanz. Abscess drainirt mit Jodoformgaze. Nach der Operation Temperatur 104°, Puls 104. Bacteriologische Untersuchung des Eiters blieben negativ. Pat. wird am 10. October geheilt entlassen.

4) Dr. Willy Meyer: Der Junge, den ich Ihnen hier vorstelle, ist 9 Jahre alt, hat seit 5 Jahren gehustet und häufig dicken Schleim ausgeworfen. Im Frühjahre 1898 erkrankte er unter sehr schweren Symptomen und kam in die Behandlung von Dr. A. Jacobi. Es wurde dann im Hospital wegen eines Empyems die Thoracotomie vorgenommen. Daran wurde nach 3 Wochen, da sich der Zustand des Jungen nicht besserte, die

Rippenresection angeschlossen. Schon damals fiel es auf, dass keine grössere Höhle vorhanden war, und es wurde die Vermuthung ausgesprochen, dass der Eiter aus dem Lungenparenchym selbst komme. Es blieb eine Fistel zurück, die stark secernirte. Es war eine directe Communication der Empyemhöhle mit dem Bronchialbaum vorhanden. Ich nahm nun eine Art von Thoracoplastik vor, um mir Zugang zu der Abscesshöhle zu verschaffen. Bei der Wiederresection der Rippen kam ich auf einen Granulationspropf, der deutlich durch Lungengewebe gehend mit der Fistel in Verbindung stand. Es wurde nun dieser Gang zum Theil mit dem Paquelin durchtrennt und so das Lungengewebe freigelegt, und nun fand sich, dass ein grösserer Bronchus etwa von der Dicke eines dünnen Bleistiftes vollkommen scharf abgetrennt war. Der Bronchus wurde mit dem Paquelin behandelt, die Höhle austamponirt, und der Junge machte eine gute Reconvalescenz durch. Die Fistel schloss sich allerdings, öffnet sich aber von Zeit zu Zeit, und beim Husten oder Schreien entleert der Junge eine grosse Menge Eiter, oft bis zu zwei Drittel Unzen. Ich kann mir nichts anderes denken, als dass es sich doch um einen in der Tiefe des Lungengewebes vorhandenen Abscess handelt.

Discussion. Dr. A. Jacobi: Das Kind wurde mir im Winter 1898 vorgestellt. Es hatte 9 oder 10 Monate früher eine schwere Lungenentzündung durchgemacht und ist seit der Zeit nicht mehr wohl gewesen. Als ich den Jungen untersuchte, fand ich Dämpfung an einer Stelle und Schleimrasseln. Als dann der Junge beim Husten 1½—2 Esslöffel Eiter entleert hatte, fand ich da, wo zuvor Dämpfung und Rasseln war, cavernöses Athmen. Es musste sich also entweder um einen Abscess oder um ein Empyem handeln. Nach der ganzen Krankengeschichte scheint es mir, dass ursprünglich ein Lungenabscess vorhanden war, der sich aus der Lungenentzündung herausgebildet hat. — Dr. Willy Meyer: Die Mutter des Jungen theilte mir mit, dass derselbe schon seit 4—5 Jahren Eiter aushuste. — Dr. Adler: Ich glaube ebenfalls, dass es sich hier um einen ausgebreiteten Fall von Lungenabscess, wahrscheinlich nach Pneumonie, handelt. Es sind jetzt sehr deutlich die physicalischen Zeichen einer sehr grossen Caverne vorhanden. Der Fall eignet sich nach meiner Ansicht sehr gut zu einer Radicaloperation. Es liegt dafür eine Indicatio vitalis vor. — Dr. A. Jacobi: Ich habe zur Zeit ein 4jähriges Kind im Hospital in Behandlung, das seit einigen Jahren krank ist. Es hat rechts hinten eine grosse Caverne, die ungefähr 3—4 cm. von der Wirbelsäule entfernt ist. Das cavernöse Athmen erstreckt sich über 2—3 Rippenräume, das Bronchialathmen reicht tief herunter. Das Kind kam mit etwas Fieber in das Hospital, und es war zweifelhaft, ob es sich um Tuberculose, vielleicht Lungenabscess, oder um Bronchiectasie handele. Es war sehr schwer, Sputum zu bekommen; ich habe nach Bacillen gesucht, habe aber keine gefunden und daher die Dia-

gnose Tuberculose aufgegeben. Für einen einfachen Lungenabscess erschienen mir die physicalischen Symptome als räumlich zu ausgedehnt. Nach meiner Meinung handelt es sich um eine starke Bronchiectasie des Hauptbronchus und vielleicht noch einiger Nebenbronchi. Ich möchte gerne wissen, ob auch in diesem Falle eine Operation gerechtfertigt ist.

5) Dr. A. Jacobi: M. S. ist 8 Jahre alt und das älteste von 5 Kindern. Im Alter von 2½ Jahren hatte sie Keuchhusten und Masern. Seit dieser Zeit ist das Kind körperlich zurückgeblieben, auch sein Temperament hat sich verändert. Schon frühzeitig wurde bei dem Kinde beobachtet, dass es bei Anstrengungen ausser Athem kam. Es handelt sich hier um ein congenitales Leiden, das nicht sehr häufig ist und auch nicht immer diagnosticirt wird, um ein Offenbleiben des Ductus Botalli. Characteristisch ist die mässige Hypertrophie des Herzens, die Dämpfung links vom Sternum bis hoch hinauf und die Fortsetzung des Geräusches nach der linken Aorta, weniger nach der rechten.

6) Dr. Willy Meyer zeigt an einer Patentin die Resultate, die er bei derselben mit der vervollkommneten Radicaloperation für Mammacarcinom erzielt hat. Patientin war im October 1897 operirt worden und ist jetzt noch vollkommen recidivfrei. Das functionelle Resultat ist ein vorzügliches; der Arm ist vollkommen bewegungsfrei. Zur Zeit der Operation war das Carcinom schon sehr weit vorgeschritten.

Discussion. Dr. Torek: Der Fall, den Dr. Meyer vorgestellt hat, hat ein sehr gutes Resultat aufzuweisen. Die Kraft des Armes ist vollständig erhalten, der Arm ist frei beweglich, es ist kein Oedem des Armes da und vor Allem kein Recidiv. Ich habe ebenso erfreuliche Resultate zu verzeichnen, und es freut mich immer, eine solche Patientin, die vor 3 oder mehr Jahren operirt worden ist, wieder zu sehen. Aber ich möchte nicht den Eindruck hinterlassen, dass die Resultate bei diesen Operationen immer die gleich guten wie in diesem Falle wären. Es kommt doch sehr darauf an, wie weit der Fall vorgeschritten ist; ist der Process schon weit vorgeschritten, ist die Operation auch nicht immer sehr leicht.

7) Dr. Einhorn: Ich hatte diesen Fall schon vor einem Jahre vorgestellt als einen Fall von Leucämie. Das Verhältniss der weissen zu den rothen Blutkörperchen war damals 1:26. Heute stelle ich den Patienten vor, erstens, um zu zeigen, dass er sich während des ganzen Jahres gut gehalten hat; zweitens, weil er am ganzen Körper eine starke Pigmentation der Haut zeigt, die damals noch nicht vorhanden war, und drittens, weil jetzt das Verhältniss der weissen zu den rothen Blutkörperchen sich noch weiter geändert hat, dasselbe ist nunmehr wie 1:3. Die Lymphocyten sind nicht vermehrt. Die Milz war vor einem Jahre schon bedeutend vergrössert, sie ist jetzt noch grösser ge-

worden. Die Leber ist angeschwollen, ragt etwa handbreit unter den Rippenrand. Die Inguinaldrüsen sind gegenwärtig ebenfalls ziemlich angeschwollen, namentlich auf der rechten Seite.

VORZEIGEN VON PRAEPARATEN.

Dr. Adler: Die vorliegenden Präparate stammen von einem 60jährigen Manne, der eine längst abgeheilte Tuberculose der rechten Lunge gehabt hatte, ein ziemlich degenerirtes Herz besass und ausserdem an Schrumpfniere und allgemeiner Arteriosclerose litt. Im Frühjahre dieses Jahres stellte er sich in einem ziemlich desolaten Zustande vor, den er selbst als grosse allgemeine Schwäche schilderte. Er war ziemlich abgemagert und klagte hauptsächlich über Rückenschmerzen. Eine möglichst genaue Untersuchung ergab nichts betreffs dieser Schmerzen. Er wurde dann nicht mehr gesehen bis vor einigen Wochen. Man fand ihn in hohem Fieber, 104—105. Eine eingehende Untersuchung ergab nichts als eine grosse Milz. Der Gedanke an Malaria lag nahe, aber eine oft wiederholte Blutuntersuchung ergab keine Plasmodien. Die Temperatur war ohne Schüttelfrost in die Höhe gegangen, dann plötzlicher Abfall, nicht auf die Norm, nach 2—3 Tagen wieder plötzlicher Anstieg u. s. w. Trotzdem keine Plasmodien gefunden wurden, wurden doch grosse Dosen Chinin gegeben, aber ohne jeden Einfluss auf die Temperatur. Es wurde wegen der Möglichkeit von Recurrens auch auf Spirillen untersucht. Sonst waren keine Erscheinungen vorhanden, namentlich auch nicht von Seiten der Lunge. Natürlich lag der Gedanke an Tuberculose wieder nahe, allein es sprach alles dagegen. Es waren keine Bacillen zu finden, auch nicht im Urin und in den Darmentleerungen. Der Puls war langsam. Die ganze Sache blieb dunkel. Kurz vor seinem Tode traten Lungenerscheinungen auf, Husten, Rasseln, leichte Verdichtungen. Auch jetzt blieb die Sputumuntersuchung negativ. Die Temperatur stieg rasch an, Puls 120 und mehr, und ganz gegen das Ende trat noch ein Erguss in der rechten Pleurahöhle auf, der uns in unserer Vermuthung, dass es sich doch um Tuberculose handele, bestärkte. Der Patient starb mit einer Temperatur von 107. Es fand sich nun ein grosser Erguss in der rechten Pleura, der stark blutig war. An der Lunge fanden sich nur die alten, abgeheilten Stellen von Tuberculose und nichts Frisches. Es fand sich ferner ein stark erweitertes rechtes Herz, mit brauner Hypertrophie, ein atrophisches linkes Herz und ein hochgradiges Aneurysma am Arcus aortae, das an die Brustwirbel festgewachsen war, welche letztere dadurch bedeutende Erosionen erlitten hatten. Im Leben war kein physicalisches Zeichen für das Aneurysma vorhanden gewesen. Im Aneurysmasacke fanden sich frische und rothe Coagula. Die Stelle, von welcher aus der Erguss nach der rechten Pleura stattgefunden hatte, konnte nicht ermittelt werden. Die Schrumpfnieren konnten nachgewiesen werden, sonst waren die Unter-

leibsorgane normal. Ausserdem wurde jedoch noch eine riesige Geschwulst vorgefunden, die direct in der Höhle des Diaphragmas lag, hinter Leber und Magen und fest mit den Wirbelkörpern verwachsen. Die Aorta descendens tritt durch die Geschwulst hindurch. In der Mitte derselben lagen grosse, alte, derbe Massen coagulirten Blutes; dieselben waren nirgends erweicht ausser, im freien Theile der Aorta waren einige brüchige Blutgerinnsel älteren Datums zu beobachten. Der Patient war oft genug auf das Genaueste untersucht worden, und es war trotzdem nichts gefunden worden; diese Geschwulst hatte sich der klinischen Untersuchung vollständig entzogen. Das einzige Symptom im Leben bildeten nur die unbestimmbaren Rückenschmerzen. Ripperger, Secretär.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt Cleveland, O.

Sitzung vom 7. Dezember 1899.

Die Versammlung wurde eröffnet Abends 8.15 durch den Präsidenten, Dr. J. Stotter. Das Protocoll der letzten Versammlung wurde verlesen und angenommen. Als neue Mitglieder wurden aufgenommen die Herren Dr. W. Conrad, Dr. C. B. Humiston, Dr. Cerri.

Demonstrationen. Dr. J. Stotter stellt einen Fall von Radialislähmung vor im Anschluss an eine luxatio humeri, deren Reposition sehr leicht gelungen war. Prognose: günstig; Therapie: Electricität, Massage.

Dr. J. Belkowsky demonstrirt einen Fall von Paralysis agitans und macht dabei aufmerksam auf die kreuzweise Entstehung des Tremor, der sich zuerst im rechten Beine, dann im linken Arme, im linken Beine und zuletzt im rechten Arme bemerkbar machte. Belkowsky konnte diese Erscheinung in der Literatur nirgends erwähnt finden.

Tagesordnung. Vortrag von Dr. Riegelhaupt „Ueber Syphilis." Interessante Bemerkungen, besonders in differential-diagnostischer Beziehung; die allgemein übliche Therapie wird eingehend besprochen.

Sitzung vom 21. Dezember 1899.

Tagesordnung. Vortrag von Dr. Rosenberg: „Bemerkungen über Diphtherie und deren Therapie." Vortragender hat bis jetzt 115 Fälle von Diphtherie beobachtet und zwar bei Kindern im Alter von 1—10 Jahren. Zwischen dem dritten und fünften Lebensjahre befand sich die Mehrzahl der erkrankten Kinder. An einer Rachendiphtherie litten 69, an Rachen- und Nasendiphtherie 31, an Larynxdiphtherie 11. Septische Fälle 4; letztere sämmtlich letal endend. Die Gesammtmortalität be-

trug 9,5 Procent. Besonderes Gewicht legt R. auf Inspicirung des Rachens und der Nase. Sind daselbst locale Veränderungen zu finden, mögen dieselben noch so unschuldig erscheinen, so z. B. eine einfache Hyperämie der Rachenschleimhaut, der Tonsillen, mit einer kleinen Temperaturerhöhung, so soll man immer auf der Hut sein und nie eine definitive Meinung abgeben. Trotz geringer Localerscheinungen können sich die schwersten Formen allgemeiner Infection entwickeln. Besonders schwere Formen liefert die Nasen- und Rachendiphtherie. In jedem Falle, wo die geringen localen Erscheinungen im Rachen die Diagnose erschweren, jedoch Heiserkeit und leichter Grade von Larynxstenose bestehen, soll man eine Larynxdiphtherie vermuthen. Bei der Besprechung der Therapie sieht Vortragender in dem Antitoxin ein geradezu specifisches Mittel. Von den übrigen Behandlungsmethoden, wie Irrigationen, Gurgeln mit Kalium chloricum, internen Mitteln etc. ist R. beinahe ganz abgekommen; in den schweren und mittelschweren Fällen ist selbstverständlich ganz besondere Sorgfalt auf die Regelung der Herzthätigkeit zu legen durch grosse Dosen von Strychnin. sulphur., Digitalis und Nitroglycerin. Der Behandlung mit Alcohol spricht Vortragender jeden Vortheil ab. Bei hochgradiger Larynxstenose empfiehlt R. die Intubation. Er führte dieselbe in 5 Fällen aus, darunter 1 Todesfall, und zwar wurde in diesem Falle die Intubation 14 Tage nach der Erkrankung angewandt; das Kind befand sich nach der Intubation 48 Stunden lang sehr wohl, fiel dann plötzlich zusammen und starb. Der Tod erfolgte durch Herzparalyse.

Discussion. Dr. Siegelstein hebt hervor, dass es in der Praxis nicht immer möglich sei, eine bacteriologische Untersuchung vorzunehmen; falls die localen Erscheinungen noch keine sichere Diagnose gestatten, ist besonderer Werth auf die Temperaturerhöhung zu legen. Hohes Fieber ist stets bei den verschiedenen Arten der Angina vorhanden; die Temperaturerhöhung bei Diphtherie ist jedoch gering. Dr. Stotter beobachtete des Oefteren das Vorhandensein einer diphtheritischen Conjunctivitis; besondere Aufmerksamkeit schenkte er in den ersten Tagen den auf der hinteren Rachenwand vereinzelt auftretenden grauweisslichen Flecken; der Tonsillenbelag erscheint erst später. Dr. Reich hebt ebenfalls die specifische Bedeutung des Antitoxins hervor und weist auf die günstige Statistik der Krankenhäuser und Kliniken hin; die Anwendung des Kali chloricum innerlich hält er für nicht ganz ungefährlich.

Dr. M. Kahn, Secretär.

Stiftungsfest der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York.

In der grossen Bankethalle des „Arion" feierte am 16. December die „Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt New York" ihr 39tes Stiftungsfest durch einen solennen Commers. Dicht besetzt war die Tafelrunde, gehoben die Stimmung, und wie es sich bei solchen Gelegenheiten geziemt, wurde dem feuchtfröhlichen Genius loci kein geringes Trankopfer dargebracht. Dass die hervorragendsten New Yorker Repräsentanten deutscher medicinischer Wissenschaft anwesend waren, versteht sich von selbst.

Eröffnet wurde die Feier durch eine Ansprache von Carl Beck, von welcher wir folgende Worte wiedergeben:

„Wenn man eine Höhe emporklimmt, so thut man wohl daran, von Zeit zu Zeit stehen zu bleiben und den Blick über die Strecke schweifen zu lassen, welche man bereits durchwandert hat. Das Auge weilt dann gern bei den blühenden Auen, den lachenden Wiesen, den sprossenden und knospenden Bäumen, vielleicht schlägt auch da und dort fröhlicher Gesang jugendlich ausgelassener Burschen und Mägdelein an des Wanderers Ohr; das Herz beginnt höher zu schlagen und das Panorama wird Herr der Stimmung, so dass der Mühe des weiteren Bergaufstieges nicht mehr geachtet wird. Nicht mehr gedenkt man der Dornen und des Gestrüpps, die beim Vorbeigleiten den Fuss geritzt, und vergessen sind die Pfützen im Thal, welche das Gewand beschmutzt haben. Das Auge haftet nur noch am Schönen und gleitet leicht und froh gleich einem Kinderblick über das Hässliche hinweg.

Und ein derartig freundliches Bild ist es, welches der Rückblick auf unsere sorglos schöne Studentenzeit vor uns erstehen lässt. Sagen Sie nicht, meine Herren, dass, weil wir in unserer neuen Heimath eine so überaus liberale Aufnahme fanden, dass, weil wir keinen äusserlichen Grund zu irgend welcher Klage haben, wir nicht das Recht besässen, uns in jene lachenden Gefilde zurückzuträumen, auf welchen wir uns, noch unbekümmert um die Drangsal des Kampfes um's Dasein, so ausgelassen herumtummelten.

Wie wohl ist es dem Weiland Ritter Tannhäuser ergangen, welcher inmitten eines Feeenpalastes, von holden Genien umgeben und gefeiert, von der schönsten Frau verhätschelt, mit der ewigen, Erfüllung verheissenden Frage auf den Lippen „Herz, was begehrst Du?" die Sehnsucht nach der deutschen Heimathflur doch nicht zu bannen vermochte! „Die Nachtigall hört' ich nicht mehr — Die mir den Lenz verkünde — D'rum muss aus Deinem Reich ich zieh'n", ist seine Antwort auf die Sirenenlieder der Göttin. Ja, das deutsche Gemüth war mächtiger als der Genussmensch, und als es zum Kampfe kam, da blieb es

leicht Sieger. Und Keinem von uns, Commilitonen, ist es erspart, hie und da in eine Tannhäuserstimmung hineinzugerathen. In diesem grossen, schönen Lande mit all seinen Herrlichkeiten gibt es Eines nicht — den Lenz, und zwar weder einen wirklichen noch einen im übertragenen Sinne! Es ist wahr, wir haben einen sehr schönen Herbst, aber wenn Einer nach dem Lenz verlangt, was ist ihm dann der Herbst? Und unser Lebensfrühling lässt sich nun einmal von unserer fröhlichen Burschenzeit nicht loslösen, und wehe uns, wenn wir in der wilden Jagd des Berufes der Ideale vergessen, welche wir damals so hoch hielten. Die Gefahr, sie zu verlieren, ist nicht gering, und wir sollten Alles aufbieten, dieselbe so latent als möglich zu erhalten. Das Wenigste, was wir dazu thun können, ist, dass wir ein einziges Mal im Jahre uns als kerngesunde, von des Lebens materiellen Miseren nicht angekränkelte Burschen fühlen und geriren. Und hier in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft liegt unser Rhodus.

Es waren ideal veranlagte, alte deutsche Studenten, welche die Deutsche Medicinische Gesellschaft aufbauten. Möge ihr Geist für immer bei uns dominiren, damit die Deutsche Medicinische Gesellschaft ein Hort bleibe des echten deutschen Studentengeistes, eine Hochburg für ideales wissenschaftliches Streben und ein Bollwerk gegen die Präponderanz der Materie."

Nach einem kräftigen Begrüssungssalamander begrüsste Präsident H. G. Klotz die Gäste. Mit köstlichem Humor secirte er das eben verkungene Lied „Gaudeamus igitur" vom Standpunkt des Grammatikers und des Philosophen, wobei die Juvenes besser wegkamen als die mit dem Humus in Verbindung gebrachte Fraternität.

Die schneidigen Worte A. Seibert's sollen, da sie von besonderem medicinischem Interesse sind, in extenso wiedergegeben werden:

„Es gibt so manche Tagesfragen, die das ärztliche Denken betreffen, welche man aber in den officiellen medicinischen Sitzungen in eingehender Weise nicht verhandeln kann, ohne Gefahr zu laufen, von dem Vorsitzenden zur Ordnung gerufen zu werden. Eine solche Frage ist durch das Salomonische Urtheil entstanden, welches unsere Quarantäne- und Gesundheitsbehörden vor wenigen Tagen bezüglich des Kaffeess abgaben, der eben im Hafen in einem von Pestkranken inficirten englischen Schiff lagert, dahingehend, dass besagter Kaffee dem Handel übergeben werden darf, nachdem derselbe geröstet ist. Dieses Rösten wird nun zweifellos die Kaffeebohnen von Pestbacillen befreien, zugleich aber auch die Möglichkeit abgeben, dass die kaffeebrennenden Sanitätsbeamten bei dieser Thätigkeit ebenso inficirt werden können, wie durch den Contact mit dem Schiff selbst, denn wissenschaftlich gedacht ist jeder Zoll Flächenraum dieses Pestschiffes inficirt. Würden nun unsere Beamten nachträglich auch geröstet, so hätte die Sache keine Gefahr. Schwefel-

und Formalindämpfe sind aber problematische Keimtödter, die wohl im Kampf gegen Gelbfieberkeime nach Eintritt der kalten Witterung ebenso gebraucht werden können, wie das Pasteurisiren der Kuhmilch zur Verhütung der Sommerdiarrhoe im Winter, oder gar wie die auf Rider-Haggard'sche Reimereien und Rudyard Kipling'schen Versen basirte moderne englische Kriegskunst gegen friedliche Samoadörfer — und schlecht bewaffnete Mahdisten.

Bei den Pestbacillen leisten die Ausräucherungen aber ebenso wenig wie unsere angelsächsischen Vettern, wenn sie es im Kampf mit Weissen, wenn auch nur mit niedergermanischen Bauern zu thun haben! Englische Desinfectionswissenschaft steht aber genau auf der Stufe der englischen Kriegswissenschaft. Die Ausdehnung der Pest im englischen Indien beweist das. Die Berufung Robert Koch's nach dem Capland und nach Indien durch die britische Regierung vor zwei Jahren zeigte, dass dieselbe der angelsächsischen Weisheit selbst nicht traute, und Koch's Erfolg in dem Eindämmen der Rinderpest bewies die Weisheit dieser Erkenntniss, und — by the by — wer weiss, ob man in London heute, wenn es nur anginge, nicht gar zu gern einen Schüler Moltke's von Berlin aus in's Capland schicken würde, um durch deutsche Wissenschaft und Kriegshandwerk den endlosen Niederlagen der Briten endlich ein Ende zu bereiten?

Um aber auf das Pestschiff im Hafen zurückzukommen, so möchte ich fragen, was wohl geschehen würde, wenn dasselbe nicht die englische und statt dessen die deutsche Flagge führte? Wenn dasselbe statt angelsächsischer nur deutsche Kaffeebohnen als Ladung hätte? Die biederen Zeitungsredacteure des ganzen Landes hätten sich wie ein Mann erhoben und mit ihren drohend geschwungenen Gänsekielen einstimmig gefordert, dass dem Dutchman unter keinen Umständen gestattet würde, seinen „European Continental filth" hier abzuladen! Und ferner nehmen wir einmal an, dass es sich um ein kleines Schiff handelte, und der Werth der Ladung nicht eine halbe Million, sondern nur ein paar hundert Dollars betragen hätte, und Alles das Eigenthum und einzige Vermögen eines armen Skippers gewesen wäre? Hätte man da nicht hohnlachend die ganze Ladung Kaffeebohnen den Fischen zum Frühstück servirt?

Robert Koch rieth der deutschen Regierung im April 1892, keine Auswanderer aus cholerainficirten Ländern über deutsche Häfen passiren zu lassen. Man folgte seinem Rath im Interesse der Hamburger und Bremer Kaufleute nicht, und ganz Deutschland musste schwer büssen, weil man ganzen Wahrheiten mit halben Maassregeln begegnen wollte.

Wahrlich, der Kaffee und der Krämer regieren die Welt, und deshalb, meine Herren, rathe ich Ihnen: Trinken Sie heute Abend wenigstens nur — Bier!"

Herzerwärmende Worte waren es, welche einer der Ehren-

gäste, Ashbel B. Fitch, der frühere Comptroller der Stadt New York, sprach. Mit Rührung gedachte er der herrlichen Zeit, wo er als Füchslein mit der Frankenmütze auf dem kecken Ohr, an der Saale hellem Strande die Umgegend von Jena unsicher machte. Tapfer secundirte ihm A. H. Smith, welcher köstliche Erinnerungen aus seinem Göttinger Studentenleben — es waren der Jährlein schon vierzig her — zum Besten gab.

A. Jacobi betonte nach einigen einleitenden Worten, dass der Character der Deutschen Medicinischen Gesellschaft sich im Laufe der Zeit bedeutend zu ihrem Vortheil verändert hat. Es gab eine Zeit, in welcher ausschliesslich in Deutschland gebildete und hier practizirende Aerzte zugelassen wurden. Das war die Periode, oder es waren die Nachklänge der Periode, in welcher die deutsche Medicin als National-Medicin existirte, welche ihren Einfluss auf die ganze Welt ausübte und in der That die Welt-Medicin schuf; diejenige Zeit, in welcher die französische Medicin aufgehört hatte, ausschliessliche Leiterin zu sein, und in welcher die deutsche Medicin sich endlich von der Naturphilosophie eines Schelling u. s. w. befreit hatte. Allmählig trat eine grosse Umgestaltung ein. Alle Nationen nahmen Theil an der wissenschaftlichen Bewegung. Die deutsche Methode wurde die allgemeine Methode, einfach weil sie naturwissenschaftlich und speciell biologisch war. Frankreich arbeitete weiter; England lieferte Tyndale und Huxby und wie immer seine nüchternen und naturwahren klinischen Beobachtungen, Italien raffte sich auf, und Amerika trat in die Reihe der arbeitenden Nationen ein. Somit hörte die nationale Wissenschaft und die nationale Medicin auf, und die kosmopolitische trat an ihre Stelle. Aus der nationalen medicinischen Wissenschaft wurde eine medicinische Wissenschaft, und die wirkliche oder vermeintliche Ueberlegenheit von Staatsangehörigen hörte auf.

So kam es, dass die der deutsche Sprache mächtigen Amerikaner, nur weil sie Mediciner waren, auch sich als deutsche Mediciner fühlen konnten, und dass die deutschländischen Aerzte ihre Collegen hier als gleichstehende und gleichwerthige zu begrüssen bereit waren. So geschah es, dass dieser Verein nicht blos deutschländische, sondern alle in Deutschland, Ungarn, Oesterreich, Schweiz und Amerika gebildeten Aerzte als gleichbedeutende Elemente aufzunehmen fähig war. Seither in der That stammt das grosse Wachsthum des Vereins speciell als ein nicht deutschländischer, als ein österreichischer Arzt an der Spitze des Vereins stand. Somit hat dieser ein Stück Verbrüderung in Scene gesetzt, durch welche er die Lächerlichkeit des Chauvinismus darthut und bekämpft. Der Chauvinismus wird um so unhaltbarer, je grösser die moralische und wissenschaftliche Grundlage der einzelnen Mitglieder ist. In der That hat mit seiner Verbrüderung aller deutschredenden Elemente der Verein etwas geleistet, wonach, um Kleines und Grosses zu vergleichen, unser Land strebt oder worauf es wissenschaftlich oder unwis-

senschaftlich hinarbeitet, nämlich eine Verbrüderung und Amalgamirung der Nationen. Wie aus den medicinischen Arbeiten aller Nationen die medicinische Weltliteratur und Weltwissenschaft wurde, so soll einmal aus der Amalgamirung der gewaltigen Menschenschwärme aller Nationen und Secten das künftige Amerika erstehen.

W. H. Thomson, ebenfalls einer der Ehrengäste, zollte der deutschen medicinischen Wissenschaft einen überaus ehrenden Tribut. „Was wäre die amerikanische Medicin ohne den Einfluss des deutschen Vorbildes?" war das Leitmotiv seiner Ansprache.

Die hohe Anerkennung der deutschen medicinischen Wissenschaft speciell durch die amerikanischen Koryphäen wirkte überaus wohlthuend, wie auch die Wärme, mit welcher dieselben ihre Reminiscenzen auf deutschen Universitäten zum Ausdruck brachten.

Geo. von Skal, ebenfalls ein Ehrengast, zog als wackrer Journalist interessante Vergleiche zwischen den Berufspflichten eines Arztes und eines Zeitungsschreibers, von der Voraussetzung ausgehend, dass Beide gerne „aufschnitten."

Den Vogel des Abends schoss übrigens S. Breitenfeld mit einem Vortrage eines Incognitohauspoeten ab, bei welchem Gevatter gestanden zu haben selbst ein Vater Hyrtl sich nicht hätte zu schämen brauchen. Würdig reihte sich diesem Kabinetsstück der Abdominalromantik die Satire Carl Hauser's an, welcher den Medicus als einen in seines Nichts durchbohrendem Gefühle sich windendes Individuum schnöder Weise skizzirte.

Unter der schneidigen Aegide G. Seeligmann's wurde das Initium fidelitatis inaugurirt. Fröhliche Lieder stiegen unter der kundigen Leitung des Vorsitzenden der Fidelitätsrunde, unterbrochen von begeisterten Salamandern, Semesterreibern und gewürzten Reden, von denen die A. Ripperger's und A. B. de Frece's besonders hervorgehoben zu werden verdienen. Ripperger betonte die Nothwendigkeit des festen Zusammenhaltens der deutschen wissenschaftlichen Elemente und ihrer Pflege in gemüthvoller Weise. Der Abend gewährte einen ungetrübten Genuss, und erst als der Kickelhahn seine warnende Stimme erhob, trennte man sich.

Nicht verschwiegen soll werden, dass neben den unsterblichen Sängen Scheffels auch einige unserer Hauspoeten zu Gehör gebracht wurden. Zwei verschiedene Verse sollen als Probe dienen:

(Mel.: Crambambuli.)

Bacillen, Sporen, Micrococcen,
Die machen ja ganz sicherlich so Manchen krank.
In allen Speisen thun sie hocken,
Nur nicht im Biere, Gott sei Dank!
Des Morgens früh, des Abends spat

Gibt's Formalin und Sublimat,
Si, Sa, Sublimat, ja Sublimat!

AUS DER „WILDEN HATZ — AUF DEN WURMFORTSATZ."

(Mel.: Luetzow's wilde, verwegene Jagd.)

Vers 4. Und das Coecum jauchzt, vom Tyrannen erlöst,
Fluch den microbischen Schergen!
Gehemmt ist der Berstung lethaler Verlauf,
Schon freut sich die Weingeistphiole darauf
Den Fortsatz des Wurmes zu bergen.
Und wenn Ihr die schneidigen Frechlinge fragt:
Das ist — die wilde, die keimvernichtende Jagd.

Bemerkungen zur rechtlichen Stellung des Arztes.

(Eingesandt.)

Der Schutz, welchen das alte englische Gemeinrecht den Aerzten in der Ausübung ihres Berufs angedeihen lässt, wird mit gutem Grund als einer der Vorzüge unserer angelsächsischen Jurisprudenz gerühmt.

Im Laufe der Jahrhunderte wurde auf den liberalen und weisen Bestimmungen unseres Gesetzes ein der fortschreitenden Entwicklung der medicinischen Wissenschaft entsprechendes System aufgebaut, welches wenig zu wünschen übrig lässt.

Vor allen Dingen sucht das Gesetz den Arzt vor ungerechtfertigten Schadenersatzklagen zu bewahren, und es geht in dieser Richtung sehr weit, indem es vorschreibt, dass keine Klage auf Schadenersatz wegen angeblich falscher Behandlung durchdringen kann, wenn der Kläger nicht den Beweis zu erbringen im Stande ist, dass der Beklagte in ausserordentlich fahrlässiger Weise handelte und die gewöhnlichen Regeln und Gebote der Medicin ignorirte. Kann der Arzt beweisen, dass er in der Behandlung eines Falles einen Durchschnittsgrad von Geschick und Wissen gezeigt hat, und dass er für seine Behandlung des betreffenden Falles gute Autoritäten hatte, dann muss die Klage abgewiesen werden. Das Gesetz verlangt vom Arzte keineswegs den h ö c h s t e n Grad von Geschick und Wissen — the highest degree of skill. Inwieweit diese Bestimmung modificirt werden müsste in einem Falle, in welchem der betreffende Arzt für seine Dienste als S p e c i a l i s t bezahlt wird, ist eine interessante Frage, die aber bisher von keinem Gerichte entschieden werden musste. Der zuweilen natürlichen Tendenz von Patienten und ihren Freunden, den Arzt für den schlimmen Verlauf einer Krankheit verantwortlich zu machen, wird durch die erwähnte Bestimmung des Gesetzes ein Ziel gesetzt; noch mehr aber wird

den Versuchen gewissenloser Menschen, die aus derartigen Fällen Geld zu machen erwarten, das Handwerk gelegt.

Gegen üble Nachreden gewährt das Gesetz dem Arzte besonderen Schutz, indem es jeden Angriff auf seine professionelle Ehre und Fähigkeit als Verleumdung per se betrachtet. Der Arzt ist zur Aufrechterhaltung einer solchen Klage nicht gezwungen, wie dies in den meisten Fällen erforderlich ist, specielle Schädigung nachzuweisen, sondern das Gesetz nimmt an, dass er ipso facto geschädigt worden, und ihm deshalb ein Schadenersatz gebühre.

Es sind diesfalls in den letzten drei Jahren zwei sensationelle Fälle vorgekommen, in denen Aerzte in Verleumdungsklagen als Geklagte erscheinen mussten. Der eine Fall ereignete sich in England und dürfte hinlänglich bekannt sein. Lord Playfair musste ein schweres Zahlungsurtheil und ausserdem eine fulminante Philippika von der Richterbank über sich ergehen lassen. Ein anderer Fall, vielleicht weniger beachtet, aber nicht minder interessant, ist die Klage, welche vor ganz kurzer Zeit in unmittelbarer Nähe eine Schwedin, Namens Sorrensen, gegen einen höchst achtbaren und in seiner Profession gut stehenden Arzt, gegen Dr. Siegbert Balaban, erhoben hat. Dr. Balaban behandelte die minderjährige Tochter dieser Frau; das Mädchen starb in Folge von Peritonitis. In diesem Falle klagte die Mutter auf Schadenersatz wegen angeblich „falscher Behandlung" und auf Schadenersatz wegen Verleumdung. Sie behauptete nämlich in ihrer Klageschrift, dass sie den Arzt gefragt hätte, was der Tochter fehle, worauf der Arzt geantwortet habe, die Krankheit ihrer Tochter sei Peritonitis; Peritonitis könne durch verschiedene Ursachen hervorgerufen werden u. A. auch durch Abortion, durch eine ausserordentliche Entzündung, durch eine schlimme Erkältung oder durch noch andere Ursachen. Der Fall wurde von einer Jury unwissender Farmer auf Long Island verhandelt und diese liessen sich dazu bewegen, zu Gunsten der Klägerin zu erkennen. Dr. Ballaban legte sofort Berufung ein und hat durch die Entscheidung, welche dieser Berufung folgte, seinem Berufe einen nicht zu unterschätzenden Dienst geleistet. Richter Cullen warf in seiner Entscheidung, welcher das ganze Richtercollegium der Appellationsabtheilung der Supreme Court im zweiten Departement einstimmig beipflichtete, die Entscheidung des unteren Gerichtes um. Selbst wenn eine Verleumdung des verstorbenen Mädchens — so lautete die Entscheidung im Wesentlichen — nachgewiesen werden könnte, hätte die Mutter kein Recht zur Klage, denn erstens hat die Mutter persönlich dadurch keinen Schaden erlitten, dass ihre Tochter angeblich verleumdet worden war, und zweitens erlosch die Klage, oder vielmehr die Möglichkeit der Klageerhebung, mit dem Tode der angeblich verleumdeten Person. Diese Entscheidung wurde im Decembertermin des obigen Gerichtes abgegeben. Der Fall selbst kam nie wieder zur Verhandlung, obwohl

es der klägerischen Partei frei stand, auf der Verhandlung zu bestehen — ein Umstand, welcher gewiss darauf schliessen lässt, dass die Klage kaum in ehrlicher Absicht eingebracht wurde, und dass es sich um einen mehr oder minder „legalen" Angriff auf den Geldbeutel des Doctors handelte.

Es kommt leider zu häufig vor, dass Aerzte, welche in der Weise wie Dr. B a l a b a n bedroht werden, lieber mit der klägerischen Partei in solchem Falle einen Compromiss abschliessen; und da die meisten dieser Fälle einer wirklichen Begründung entbehren und in neun von zehn Fällen von gewissenlosen Personen aus Speculation unternommen werden, ist es möglich, für eine ganz geringe Summe die Unannehmlichkeit aus dem Wege zu räumen. Ein derartiges Vorgehen mag als das bequemste und leichteste erscheinen, aber es ist weder klug, noch ethisch correkt. Kein Arzt darf sich in solcher oder ähnlicher Weise zu einem sogenannten „Vergleich" zwingen lassen.

Die „New Yorker Medicinische Monatsschrift" würde sich ein ganz besonderes Verdienst erwerben, wenn sie, soweit dies in ihrer Macht steht, jeden derartigen mehr oder minder verschleierten Erpressungsversuch bis zum bitteren Ende bekämpfen würde. In den wenigsten Fällen ist ein solcher Kampf überhaupt nothwendig. Gewöhnlich werden Personen, die sich mit derartigen Klagen abgeben, gründlich entmuthigt, wenn sie sehen, dass auf der anderen Seite die Absicht besteht, zu kämpfen, und nicht die geringste Neigung, nachzugeben.

Lex.

Wir haben die obigen Bemerkungen veröffentlicht in der Form, wie sie uns eingesandt wurden, möchten aber zugleich erklären, dass wir mit der darin vertretenen Anschauung, dass es mit dem rechtlichen Schutze des Arztes so besonders gut bestellt wäre, dass nur wenig zu wünschen übrig sei, nicht ganz einverstanden sind. Wir sind vielmehr der Ansicht, dass in dieser Hinsicht noch sehr viel zu wünschen übrig ist, und möchten hierfür nur folgende Punkte erwähnen: Jeder, auch der unbescholtenste Arzt läuft bei der Behandlung eines Abortusfalles, gleichviel ob derselbe illegal hervorgerufen wurde oder nicht, Gefahr, im Falle eines letalen Ausganges verhaftet und unter Anklage gestellt zu werden. Dass er dann später „ehrenvoll" entlassen wird, entschädigt ihn nicht für den erlittenen Schimpf und ausgestandenen Aerger. Die Folge dieses „gesetzlichen Schutzes" ist die, dass sehr viele Aerzte sich positiv weigern, einen Abortusfall zu übernehmen, was sicherlich den unglücklichen Opfern gewissenloser Hebammenkünste nicht zum Vortheil gereicht. Ferner ist genügend bekannt, welchen Belästigungen der Arzt als Zeuge oder Sachverständiger ausgesetzt ist, welche Opfer an Zeit und Geduld von ihm in dieser Beziehung verlangt werden, wie wenig er den oft gemeinsten Insinuationen und Fragen des gegnerischen Anwalts gegenüber geschützt ist. Mit dem angeblichen

Schutz gegen ungerechtfertigte Schadenersatzklagen ist es ebenfalls nicht sehr weit her. Der angeführte Fall des Dr. Balaban zeigt nur, dass es diesem mit einem wahrscheinlich grossen Aufwand von Zeit und Geld gelungen ist, das Urtheil des niederen Gerichtshofes umzuwerfen. Wäre der Schutz gegen derartige Klagen so gross, wie der Einsender angiebt, dann hätte eben das erste Urtheil überhaupt nicht gefällt werden dürfen. Was die Entschädigungsklagen bei Verleumdungen anbetrifft, so liegt auf der Hand, dass der „besondere Schutz des Gesetzes" nur in den Fällen etwas nützt, in denen der Verleumder etwas besitzt, an dem man sich schadlos halten kann. — [Die Red.]

Therapeutische und klinische Notizen.

— Lenhartz empfiehlt neuerdings die seiner Zeit schon von Sahli bei Typhus befürworteten *Salzwasserinfusionen* zur Bekämpfung des Herzcollapses in acuten Infectionskrankheiten. Dabei stützt sich er sich auf Versuche von Pässler an künstlich inficirten Thieren, bei welchen Salzwasserinfusionen den tief gesunkenen Blutdruck bedeutend steigerten. Bei kaum fühlbarem Puls, z. B. von Typhuskranken, sah L. nach Infusionen von 200—300 ccm Salzwasser deutliche Besserung des Pulses auftreten; sehr oft wurde Steigerung der Diurese beobachtet. Neben Typhus kommt Pneumonie, Brechdurchfall und Ruhr in Betracht. Besonders geeignet für Salzwasserinfusion sind auch solche Erkrankungen, bei denen jegliche Nahrungszufuhr sich verbietet, wie Ileus, Peritonitis, Perityphlitis, subphrenische Abscesse. Neben der Beseitigung der Kreislaufstörung wird eine Durchspülung des Organismus erzielt. Die Infusion der 0,6-procentigen Kochsalzlösung geschieht in diesen Fällen subcutan; als Einstichstelle wird die Haut der Oberschenkel, des Bauches oder der seitlichen Brustwand gewählt, die abgeseift, mit Aether gründlich abgerieben und nachher mit Zinkpflaster geschützt wurde. Die Infusionsmenge betrug bei Kindern 100—200 ccm, bei Erwachsenen ½—1 Liter in einer Sitzung. Die auf 40 Grad erhitzte sterile Flüssigkeit wurde von den trockenen sterilisirten Glasbehältern aus ½—1½ m Höhe zugelassen. Die Aufsaugung ist in wenigen Stunden beendet; dann kann die Infusion wiederholt werden. Im Ganzen kann die Infusion, wenn nöthig, sehr oft gemacht werden. L. berichtet von Kranken, die im Ganzen 25 Liter Salzwasser erhalten haben. Bei sehr elenden Kranken ist es gut, jedesmal kleine Mengen, nicht mehr als 200 ccm. bei Erwachsenen zu infundiren, um Ueberfüllung des rechten Herzens zu vermeiden. (Therap. d. Gegenw. Nov. 1899, ref. in Corresp.-Bl. f. Schweizer-Aerzte, 15. Dec. 1899.)

— *Ichthyol bei der Lungentuberculose.* Schiele empfiehlt als ein bei der Behandlung der Lungenschwindsucht häufig mit Vortheil zu verwendendes Medicament in den Fällen, wo das

Kreosot versagt oder nicht vertragen wird, das Ichthyol zu gleichen Theilen mit Aq. dest., oder einem Expectorans wie Aq. amygd. amar. oder Liquor. Ammon. anis., eventuell mit Zusatz von Morphium. Hiervon giebt er im Beginn 3—5 Tropfen, steigend bis zu 20—25, selbst 30 Tropfen dreimal täglich vor dem Essen. Nach seinen Erfahrungen findet eine deutlich nachweisbare günstige Beeinflussung des Krankheitsprocesses statt, wobei dahingestellt bleibt, ob dieselbe direct auf das Ichthyol zurückzuführen ist, oder ob sie eine Folge der oft überraschenden Zunahme des Appetits und der Kräfte ist. (St. Petersburger Med. Wochenschr. 1899, No. 8, ref. in Münch. Med. W. 1899, No. 50.)

— Hirschfeld empfiehlt *Formaliualcohol gegen die Nachtschweisse der Phthisiker.* Angeregt durch die Erfolge, welche Gerdeck bei Fussschweiss mit Formalinpinselungen hatte, versuchte Hirschfeld das Mittel zur Bekämpfung der Nachtschweisse bei Phthisikern, bei denen die üblichen sonstigen Mittel vergebens angewandt worden waren. Er verwendet eine Lösung von Formalin und absolutem Alcohol zu gleichen Theilen. Diese Flüssigkeit wird mit einem möglichst weichen Borstenpinsel rasch aufgetragen und zwar werden an einem Tage Rücken und Arme, am anderen die Beine, am dritten Brust und Bauch gepinselt. Theile, welche nicht schwitzen, werden nicht mit dem Formalin behandelt. Auf diese Weise wird dem Körper auf einmal nicht zu viel Formalin zugeführt, und so eine Intoxication vermieden. Zu vermeiden sind Schrunden und Hautabschürfungen, da deren Benetzung mit Formalin sehr schmerzhaft ist, ebenso ist ein Herabfliessen von Flüssigkeit nach den Genitalien und dem Anus zu verhindern. Gegen Formalindämpfe, die übrigens nur bei Brustpinselung störend werden können, haben sehr empfindliche Kranke während der Einpinselung sich etwas mit Terpentin getränkte Watte in einer Düte vor Mund und Nase zu halten. Für eine Einpinselung werden 5—10 ccm Mischung verwendet. Meistens hält ein Behandlungsturnus für 8—14 Tage vor, er ist dann eventuell zu wiederholen. (Fortschr. der Med. 1899, No. 38, ref. in Med. Neuigkeiten 1899, No. 23.)

— Das *Nirvanin* bespricht Manquat (Nizza) eingehend nach den Erfahrungen, welche französische Aerzte damit gemacht haben (Bulletin médical 1899, No. 94) und schliesst sich den zuerst darüber erschienenen Arbeiten von Einhorn und Heinz, Luxenburger u. s. w. in seinen chemischen und practischen Angaben an. Aus den Studien von M. über die physiologische und locale Wirkung des Mittels, dessen Giftigkeit, anästhetische Kraft, Einfluss auf Nervensystem, Circulation, Athmung, dessen aseptische Eigenschaften und aus den Erfahrungen am Krankenbett geht hervor: 1. Das Nirvanin ist weniger giftig als das Cocain und zwar ungefähr im Verhältniss von 1:8,75. 2. Die anästhetische Wirkung des Nirvanins ist beträchtlich schwächer als die des Cocains und braucht noch einmal so viel Zeit, bis sie sich einstellt wie bei diesem. Die Dauer der

Anästhesie ist, obwohl sie noch nicht genau feststeht, genügend (23 Minuten mit 2proc. Lösung) für die Fälle, bei welchen man bis jetzt locale Anästhesie angewandt hat. Die Anästhesie der Schleimhäute ist unvollkommen mit dem Nirvanin, dessen Diffusionskraft eine schwache ist; in dieser Beziehung bleibt die Superiorität des Cocains eine unbestreitbare. 3. Das Nirvanin (2proc. Lösung) besitzt eine gewisse antiseptische Wirkung, welche zweifellos grösser ist wie die des Orthoforms. 4. Im Vergleich zum Cocain ist das Nirvanin in der Anwendung weniger bequem wegen der Langsamkeit seiner Wirkung und der geringeren anästhetischen Kraft, welche die Anwendung concentrirter Lösungen (2proc.) erfordert; es ist jedoch im Gegentheil viel weniger schädlich. Das Nirvanin besitzt nicht die gefässzusammenziehende Localwirkung des Cocains, weshalb es die Blutung nicht beeinflusst. Besonders in den Fällen und bei den Individuen, wo das Cocain mehr oder weniger gefährlich ist, könnte das Nirvanin mit Vortheil zur Anwendung kommen, also bei Anämie, Neurasthenie, bei Kindern und alten Leuten mit chronischen Affectionen der Athmungswege, ferner dann, wenn das Operationsfeld sehr ausgedehnt und die Gewebe ulcerirt sind. 5. Das Nirvanin kann keinenfalls das Cocain oder das Orthoform ersetzen, aber es findet sicher neben diesen beiden Mitteln in der Therapie seinen Platz; für seine ganz bestimmte Indication werden noch weitere Forschungen nöthig sein. (Münch. Med. Wochenschr. 1899, No. 51.)

— *Odontalgie.* Von Dauchez werden im Progrès médical folgende Vorschriften bei Zahnschmerz in Folge von Caries angeführt:

	Rp.	Cocain-hydrochlor.	0.01
		Menthol.	
		Acid. carbol. cryst.	āā 0.1
		Ol. caryophyll. gtt.	℥
		Spirit. camphorat	ad 10 0
oder	Rp.	Orthoform.	
		Acid. carbol.	āā 1.0
		Camphor.	
		Chloral. hydrat.	āā 4.0

MDS. Mittels Wattebäuschchens in die vorher getrocknete Zahnhöhle einzulegen. (Münch. Med. W. 1899, No. 46.)

— *Fissura linguae.* Die Riforma medica giebt folgende Formel zur localen Behandlung der Zungenfissuren:

Rp. Acid carbol.
Tinct. Jodi.
Glycerin.
MDS. Aeusserlich.

— *Vesicator.* Ein den modernen Anforderungen entsprechender Vesicator ist nach der Vorschrift von Guépin:

Rp. Liq ammonii caust. 5.0
Ol. camphorat. 10.0
MDS.

Ein mit dieser Flüssigkeit getränkter Wattebausch von entsprechender Grösse wird ca. 15 Minuten lang aufgelegt. (Ibidem No. 45.)

— *Eine schmerzlos wirkende Aetzpaste.* Durch Zusatz von Orthoform zur arsenigen Säure lässt sich die Schmerzhaftigkeit der Aetzwirkung verhindern. Die von Pouchet im Journal des Practiciens angegebene Formel lautet:

Rp. Acid. arsenicos.
Orthoform. āā 0.2
Alcohol.
Aq. dest. āā 10.0–15.0

— Das *Heroin* hat sich Floret (Elberfeld) auch weiterhin als ein die Athmung ausserordentlich beruhigendes Mittel bewährt. (Therap. Monatsh. 1899, No. 6.) Die Wirkung war der des Morphiums und Codeins wiederholt überlegen. Man giebt es in Dosen von 0,005—0,0075 dreimal täglich in Pulvern oder Pillen

Rp. Heroin. hydrochlor. 0.1
Aq. Amygdal. amar. 20.0
MDS. 3mal täglich 15–20 Tropfen.

Rp. Heroin. 0.15
Extr. Gentian. 2.0
Pulv. et Succ. Liquir.
q. s. ut t. pil. No. XXX.
Ds 3–4mal täglich 1 Pille.

— *Der therapeutische Werth des „Citrophen" in Behandlung gewisser Nervenkrankheiten.* (Wiener med. Presse 1899, No. 45.) Dr. J. W. Frieser in Wien hatte Gelegenheit, das Citrophen in einer Anzahl von Fällen verschiedenartiger nervöser Erkrankungen, so insbesondere bei Neurasthenie, Nervosität und Hysterie, sowie bei Migräne, nervöser Agrypnie und verschiedenen Neurosen in Anwendung zu bringen und das Präparat auch bei chronischem Morphinismus als Abstinenzmittel zu versuchen. Das Citrophen war in den meisten Fällen von besonders zufriedenstellender Wirkung, ohne auch nur im entferntesten Schädlichkeiten irgend welcher Art zu verursachen, wenn man von der mitunter etwas gesteigerten Diaphorese absehen will. Der Appetit und die Verdauung blieben auch bei monatelangem Gebrauche intact, ja in einigen Fällen besserten sich sogar die früher schlechten Verdauungsverhältnisse während der Citrophenbehandlung. Das Citrophen zeichnet sich vor allen anderen hierher gehörigen Mitteln durch seinen angenehmen, säuerlichen und erfrischenden Geschmack besonders aus, es wirkte in den von F. beobachteten

Fällen ausgezeichnet sedativ und antineuralgisch und wurde auch des öfteren eine gelinde hypnotische Wirkung constatirt. Die Ergebnisse mit Citrophen waren jedesmal so befriedigende, dass F. dasselbe zu einer ausgedehnteren Anwendung in der ärztlichen Praxis nur warm empfehlen kann. Das Präparat wurde in allen Fällen gerne genommen und in keinem Falle zeigte sich weder eine abgeschwächte Wirkung bei längerem Gebrauche, noch konnte irgend welche unangenehme Nebenwirkung wahrgenommen werden. Das Citrophen wurde von F. in 36 Fällen mit durchwegs günstigem Erfolge in Anwendung gebracht, und zwar in mehreren Fällen nervöser Agrypnie, in denen eine milde hypnotische Wirkung zur Geltung kam, ferner mehrmals bei allgemeiner Nervosität und nervöser Ueberreiztheit, fünfmal bei typischer Neurasthenie, mehrmals bei Berufsneurasthenie und anderen Beschäftigungsneurosen, und viermal bei Hysterie. In allen diesen Fällen war die Wirkung des Citrophen eine günstige und ohne allen Nachtheil.

Kleine Mittheilungen.

— *Vom südafrikanischen Kriegstheater* liegen jetzt in englischen Fachblättern ausführliche Berichte vor über das Functioniren des englischen militärärztlichen Apparates. Man hatte mit einiger Besorgniss der Probe entgegengesehen, die das Sanitätscorps in diesem Kriege zu bestehen haben würde, und weist nun mit Befriedigung darauf hin, dass Alles bisher klappt und die üble Vorhersage des Professor Ogston, der einen völligen Zusammenbruch des Militärsanitätswesens in einem Kriege mit einer civilisirten Macht prophezeit hatte, sich nicht bestätigt habe. Dabei ist allerdings zu bedenken, dass diese Berichte zu einer Zeit geschrieben wurden, wo die blutigen Kämpfe am Modder und am Tugela noch nicht geschlagen waren und daher von einer ernsten Probe bis dahin noch nicht die Rede sein konnte. Man wird also mit seinem Urtheil noch zurückhalten müssen. Interessant sind die Berichte über die bisher beobachteten Schussverletzungen. Alle stimmen darin überein, dass das Mausergewehr, das von den Boeren vorzugsweise benutzt wird, sehr wenig schwere Verletzungen setzt und dass die Wunden auffallend rasch und glatt heilen. Das englische Lee-Metford-Geschoss unterscheidet sich von dem Mausergeschoss durch eine erhebliche grössere Kraft, was als ein wesentlicher Vorzug dieser Waffe hervorgehoben wird. Das Verhältniss zwischen Todten und Verwundeten war englischerseits bisher: 5,3, dasselbe wie deutscherseits im Jahre 1870—1871 (1:5,4). — Sir William McCormak ist auf dem Kriegsschauplatz in Natal angekommen, gerade zur rechten Zeit, um sich der Verwundeten aus der Schlacht am Tugelaflusse anzunehmen. In den Kämpfen vor Ladysmith ist auch ein in

Deutschland bekannter Arzt der transvaalischen Armee, Dr. Otto Hohls, gefallen. Er war in Südafrika geboren, aber in Deutschland erzogen. Er stand im 38. Lebensjahre. Sein Tod hat in Pietersburg, seinem Heimathsort, grosse Trauer hervorgerufen, die auch in Deutschland aufrichtig getheilt wird. (Münch. Med. Wochenschr. 1899, No. 52.)

— *Pest. Britisch-Ostindien.* In der Woche vom 4. bis zum 11. November sind in ganz Indien 2943 Sterbefälle an der Pest, gegen 3971 in der Woche vom 28. October bis 4. November, zur Kenntniss der Behörden gekommen. Die Seuche scheint also nach einem Ansteigen in den letzten Tagen des October nunmehr erheblich nachgelassen zu haben. Die Besserung wird auf eine Abnahme der Krankheit in verschiedenen Bezirken der südlichen Marhattastaaten zurückgeführt. (Ibidem.)

Ein Kurpfuscher vor Gericht.

Die Strafsache gegen den 74jährigen *„Naturarzt"* Karl Jacobi (*„Königstrank"*) und dessen Assistenten, cand. med. Bruno Kessler, wegen Betruges und Beihülfe beschäftigte die vierte Strafkammer des Berliner Landgerichtes I. Ueber 40 Zeugen erschienen zu dieser Sache vor Gericht. Der Angeklagte Jacobi, der sich gern „Hygienologe" nennt, hatte eine Reihe von Zeugen geladen, die ihm bekunden sollten, dass er mit seinen Curen „Wunder" verrichtet habe. Er meint, Hygienologie sei der Gegensatz von Mediciner, Hygienologe müsste eigentlich jeder Lehrer sein, dazu brauche man nicht Mediciner zu sein. Der 74jährige Mann ist von einer jugendlichen Rüstigkeit und Lebendigkeit, und die einmonatliche Untersuchungshaft hat auf ihn offenbar gar keinen Einfluss ausgeübt. Er erklärt mit Stolz, dass er diese Rüstigkeit seinen Wundertränken verdanke. Er behauptet ferner, dass seine Zeugen seine besten Vertheidiger sein würden. Er ist der Sohn eines Predigers, erkennt aber Confessionen nicht an, sondern nennt sich apostolisch, weil die ganze Kirche „apostolisch" sei. Er will das Gymnasium bis Prima besucht haben, 1848 sei er Kammerstenograph gewesen und habe auch eine stenographische Denkschrift hergestellt, dann habe er als Sprachlehrer die „berühmten" Unterrichtsbriefe zum Erlernen fremder Sprachen geschrieben, schliesslich habe er sich auf die Naturheilkunde geworfen, denn er sei zum Arzt geboren, „das sei eine Gnadengabe Gottes." Die Aerzte befassen sich mit Giften, er aber mit der Heilkraft der Kräuter, und desshalb könne auch der geladene Sachverständige Dr. Mittenzweig gar kein Gutachten über ihn abgeben, denn er sei sein Antipode. Der Angeklagte hat seit 1862 den „Königstrank" hergestellt, dessen Wunder er auf dem Wege der Reclame aller Welt verkündete. Er machte damit ausserordentliche Geschäfte und erklärt mit dem Brustton der Ueberzeugung, dass ohne dieses „grösste Labsal für Kranke" 100,000 krank geblieben und Zehntausende gestorben wären. In

letzter Zeit stellte er 7 Heiltränke her, die er numerirte und als untrügliches Mittel gegen alle nur denkbaren Krankheiten in Anwendung brachte, namentlich bei allen Kranken, die von den Aerzten als unheilbar aufgegeben wurden. Jacobi behauptet auf Vorhalt des Vorsitzenden, dass „er nicht der Einzige sei, der helfen könne, aber doch der Oberste". Er schaffe dem Kranken neues Blut und neue Säfte, und dadurch weichen alle Krankheiten. Er brauche nicht eine Stunde, um den schlimmsten heissen Brand zu curiren, den Lupus vertreibe er gründlichst. Wie aus der chemischen Untersuchung der einzelnen Tränke hervorgeht, vertreibt er Gicht und Rheumatismus durch Preisselbeersaft, andere Krankheiten durch „Pominin", das die „grösste Heilkraft im Pflanzenreich besitze." Apfelwein wendet er gegen Entzündungen, Lungenleiden und Brand an, afrikanischen Honig gegen Lungenleiden, Brombeerwein gegen Influenza und Diphtheritis. Ferner verwendet er noch den Saft der sauren Aepfel und der Eberesche. Seine Reclamen füllten oft halbe Zeitungsseiten an und zeichneten sich durch marktschreierische Originalität aus. Sie begannen gewöhnlich mit der Frage: „Wer ist Curpfuscher?" Dann wurde ausgeführt, dass Diejenigen die wahren Curpfuscher seien, die Medicin studirt haben und die Menschen unter die Erde bringen, nicht aber Diejenigen, die ohne Medicin studirt zu haben, Tausende erretten. Dann folgten verschiedene Atteste über grosse Erfolge der Wundertränke, darunter insbesondere ein solches des Generalleutenants z. D. Grafen Wartensleben, der ihm bestätigte, dass seine schwer an Wassersucht leidende und von den Aerzten aufgegebene Mutter durch den Trank curirt sei und noch 7 Jahre gelebt habe. Oft endeten die Reclamen auch mit schönen Verslein, wie: „Deutschlands grösste Stadt Berlin — Grösster Schwindel die Medicin — Doctor lass' das Verschreiben sein, — Schenk' Jacobi's Heiltrank ein!" Der Umfang der Jacobi'schen Praxis war sehr gross. Die Patienten mussten für die Flasche 3 M., 2 M. und 1 M. zahlen. Jacobi behauptet, dass diese Preise nicht für die Flasche, sondern für die „Curbehandlung" bezahlt worden seien, und dass er in unzähligen Fällen den Patienten gar nichts abgenommen, sondern noch Geld zugegeben habe. Der Bücherrevisor hat in einem Jahre 697 auswärtige Patienten festgestellt, zu denen etwa 4000 Berliner kamen. Jacobi bestritt ganz entschieden, dass er irgend Jemand betrogen habe, und behauptete, dass er ein Wohlthäter der leidenden Menschheit sei. Graf Wartensleben spricht seine volle Ueberzeugung dahin aus, dass seine betagte Mutter *nur durch die Cur Jacobi's am Leben erhalten* worden ist, und andere Leute aus den gebildeten Ständen bestätigen, dass sie durch ihn von schweren Leiden befreit wurden. Zum Schluss wurde eine Anzahl Zeugen vernommen, die von der Vertheidigung geladen waren, um als Entlastung für den Angeklagten zu dienen. Ein Zimmermeister erzählte eine sonderbare Geschichte. Vor etwa 15 Jahren habe ein Verwandter von ihm im Katholischen Kranken-

haus gelegen. Eines Tages habe der Kranke ihn bitten lassen, zu kommen, er sei dem Tode nahe. Nur um dem Patienten einen letzten Trost zu bieten, habe der Zeuge ihm eine Flasche Königstrank mitgenommen. Der Kranke habe kaum etwas von dem Trank zu sich genommen, da sei er von einer grossen Wassermenge befreit worden. Er sei gesundet und lebe heute noch. Der *Vorsitzende* fragt den Angeklagten, ob sein damaliger Königstrank dieselbe Zusammensetzung gehabt habe, wie sein jetziges Heilmittel, und ob er bereit sei, den Sachverständigen die Mittel anzugeben. Jacobi erwiederte verneinend; nur wenn der Staat ihm sein Mittel abkaufen wolle, sei er bereit, sein Geheimniss zu offenbaren. Zeuge Kanzleirath Henze hat an einem bösartigen Furunkel gelitten, Jacobi's Trank habe ihn nach kurzer Zeit davon befreit. Andere Zeugen wollen nach dem Gebrauch einiger Flaschen Jacobi'schen Tranks von Gicht und Rheuma befreit worden sein. Eine Frau Hoffmann wollte von Jacobi von völliger Blindheit geheilt worden sein. Auch trat eine Frau als Zeugin auf, die unter ihrem Eide bekundete, dass der ihr Gesicht entstellende Lupus durch Jacobi zum Stillstand gebracht worden sei. Die Zeugen haben für die erste Flasche 3, für die folgenden 2 und für die letzten 1 M. bezahlt. Gerichtschemiker Dr. Bischoff begutachtete, dass der Jacobi'sche Trank No. 1 im Wesentlichen aus *Fruchtwein* bestehe, der mit *Glycerin* versetzt sei und ausserdem Zusätze enthalte, die eine medicinische Wirkung nicht haben könnten. Die abführende und harntreibende Wirkung des Tranks, die von den Zeugen bekundet worden sei, habe jeder Fruchtwein. Pominin sei in der Wissenschaft und Chemie nicht vorhanden. Den Namen habe der Angeklagte selbst erfunden. Der wirkliche Werth einer Flasche betrage etwa 1 M. Als Jacobi zu seiner Vertheidigung das letzte Wort erhielt, beschränkte er sich auf die kurze Erklärung: „Das Pominin kennen Sie Alle nicht!" Der Gerichtshof kam nach kurzer Berathung zu einer *Freisprechung beider Angeklagten.* Es solle dahingestellt bleiben, ob dem Trank Jacobi's eine Heilkraft innewohne oder nicht, jedenfalls sei in den weitaus meisten Fällen nicht daran zu denken. Aber es sei doch eine Anzahl Fälle zur Sprache gekommen, in denen Kranke sich durch Jacobi's Mittel für geheilt glaubten und ihm dies bezeugten. Dies lasse den Schluss zu, dass auch der Angeklagte an die Heilwirkung seines Mittels glaubte. Dadurch liege ein Betrug nicht vor. (Münch. Med. Wochenschr. 1899, No. 46.)

— *Verzogen*: Dr. J. A. Schmitt nach 135 Ots 61. Strasse.

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen u. s. w., sind zu richten an: Medical Monthly Publishing Co., 36 Beekman Street, New York. Manuscripte und Anfragen bezüglich des Inhalts an den Redakteur, Dr. A. Ripperger, 126 Ost 122 Str., N. Y. City.

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York.

und der Stadt Cleveland, O.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XII. New York, Februar 1900. No. 2

ORIGINALARBEITEN.*

Zur Diagnose und Therapie chirurgischer Gelenkerkrankungen.*)

von

Dr. Otto Kiliani.

Es mag auf den ersten Blick befremdend erscheinen, dass ich für den heutigen Abend ein Thema wählen sollte, welches wohl den meisten als ein völlig abgeschlossenes Capitel der Chirurgie gilt, dem kaum etwas Neues hinzuzufügen übrig geblieben. Sowohl in der vorantiseptischen Zeit als wie unmittelbar nach dem Beginne des Aufblühens der modernen Chirurgie wurde die Pathologie der Gelenke und deren chirurgische Behandlung auf das Eingehendste studirt und Namen wie Chopart, von Langenbeck, Gurlt, von Volkmann und König haben jene klassischen Beiträge zu diesem Capitel der Chirurgie geliefert, welche bestimmt schienen, in bleibender Weise als absolut maassgebend gelten zu dürfen.

Und doch braucht man nur „Die chirurgischen Krankheiten der oberen Extremitäten" von dem leider viel zu früh verstorbenen Prof. Dr. Paul Vogt in Breslau zu lesen, welche in der „Deutschen Chirurgie" im Jahre 1881 veröffentlicht sind, um sich darüber klar zu werden, welch wesentliche Fortschritte in Differentialdiagnose, Untersuchungsmitteln und Therapie der Gelenkerkrankungen seitdem gemacht worden sind.

Bei der weitumfassenden Grösse des gewählten Themas ist

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York am 8. Januar 1900.

es von vornherein ausgeschlossen, ein abgerundetes Bild der Pathologie, chirurgischen Diagnose und Therapie der Gelenke geben zu wollen; ich werde deshalb mich darauf beschränken, Sie auf gewisse neuere Entwicklungspunkte in dieser Lehre hinzuweisen und andererseits Ihnen eine Reihe meiner eignen persönlichen Eindrücke und Erfahrungen mitzutheilen, die zur Illustration gewisser klinischer Bilder dienen mögen.

Zur Definition des Begriffes „chirurgische Gelenkerkrankungen" muss allerdings bemerkt werden, dass immer mehr dieser Krankheiten in das Bereich der Chirurgie gezogen werden, bis schliesslich sogar die Gicht und acuter wie chronischer Gelenkrheumatismus, wenigstens in gewissen Fällen, Gegenstand chirurgischer Behandlung wurden.

Ebenso wie die Gelenkstuberculose fast immer auf dem Boden eines Traumas sich entwickelt, so müssen wir auch jene nicht infectiösen Gelenkerkrankungen, die auf Verletzungen, wie Distorsionen etc. folgen, hierherein beziehen, obwohl ich die Verletzungen als solche ganz bei Seite lassen will. Hierzu ist noch zu bemerken, dass der pathologisch anatomische und der klinische Begriff „Gelenk" sich durchaus nicht decken. Während der erstere dem allgemein landläufigen entspricnt, demgemäss ein Gelenk durch zwei oder mehrere mit einander in Verbindung tretende überknorpelte Knochenenden gebildet wird, die von einem geschlossenen Sacke umgeben sind, ist für mich klinisch der Begriff „Gelenk" ein ganz anderer. Es ist dies jener mechanische Apparat, welcher aus den obengenannten anatomischen Componenten mit dem hierzu gehörigen Lubricans und allen daran angebrachten Muskeln inclusive deren Nervenapparate besteht.

Wie eng die Zusammengehörigkeit dieser Theile ist, will ich an einem Krankheitsbilde als Beispiel erörtern, welches aus verschiedenen Gründen von grossem Interesse ist.

Dasselbe ist von typischem Vorkommen, ein scharf definirtes Krankheitsbild, und sollte wegen der Therapie sowohl als auch Prognose jedem Arzte bekannt sein. Trotzdem finden Sie dasselbe in keinem Handbuch oder Lehrbuch angeführt. Einen Namen dafür kann ich Ihnen nicht geben, da ich keinen kenne. Ich gehe deshalb zur Beschreibung über.

Das Mädchen, das ich Ihnen als erste Patientin hier vorstelle, A. S., 19 Jahre alt, hat am 24. December 1898 einen Unfall erlitten, indem es beim Absteigen von einem Strassenbahnwagen

auf die linke Schulter fiel. Keine Fractur, keine Luxation. Am Anfang heftige Schmerzen, die mehrere Tage zunahmen, bis am vierten Tage die Abduction in der Schulter, das Heben des Armes, was bis dahin gut ausführbar war, vollständig unmöglich wurde. Der zugezogene Arzt erklärte, die Sache werde in drei bis vier Tagen in Ordnung sein. Am 17. Mai 1899, also nach beinahe 6 Monaten, wurde sie von mir ins Deutsche Hospital aufgenommen mit completer Deltoideslähmung und hochgradigster Atrophie der gesammten Schultermuskeln, in denen eine chronische Myositis in Form von knotenartigen Ablagerungen für das Gefühl leicht nachzuweisen ist. Keine Entartungsreaction. Auch in Narkose passiv ein Wiederstand im Gelenk, nach einer Elevation von 30 Grad. Das Gelenk bietet bei der Untersuchung jenes Bild dar, welches wir mit Volkmann als Arthritis deformans zu bezeichnen gewohnt sind. Mehrmaliges brisement forcé, wobei straffe Verwachsungen und Auflagerungen durchrissen und abgeschliffen werden. Patientin wird täglich zweimal massirt, unter Anwendung von passiven und Widerstandsbewegungen und die einzelnen Muskelpartien mit unterbrochenem galvanischen Strom electrisirt. Anfangs October wurde sie beim Wechsel des Dienstes entlassen. Das Resultat dieser viermonatlichen Behandlung sehen Sie hier: fast complete Abductionslähmung, mit hochgradiger Atrophie der Gesammtschultermuskulatur. Dr. George Jacoby, der die Freundlichkeit hatte, auf meinen Wunsch vor einigen Tagen das Mädchen zu untersuchen, theilt mir mit, es bestehe stark herabgesetzte Erregbarkeit beiden Strömen gegenüber, insbesondere im Deltoides, keine Entartungsreaction. Die Arthritis besteht wieder in ziemlich hohem Grade.

Wir haben also hier ein Krankheitsbild, welches einem gewöhnlichen Trauma der Schulter folgte. Jeden, der derartige Fälle noch nicht gesehen, muss die Schwere der Folgeerscheinungen überraschen. Bei dem Fehlen der Entartungsreaction kann es sich nicht um eine Neuritis handeln, wir haben hier vor uns das Bild einer myogenen Lähmung im Charcot'schen Sinne, auf die ich schon früher, in einem Vortrage über Fracturen, hingewiesen habe.

Ich nenne das Bild typisch, weil es an der Schulter genau in derselben Form immer wiederkehrt. Ich selbst habe in den letzten Jahren 14 solcher Fälle gesehen. Dass das definitive Resultat, auch wenn sich einige Tage nach dem Unfall eine com-

plete functionelle Deltoideslähmung entwickelt hat, nicht immer ein derartig betrübendes zu sein braucht, kann ich Ihnen an einem Parallelfall hier illustriren.

Herr K. B. hat vor drei Jahren dieselbe Verletzung wie die vorgenannte Patientin rechts erlitten durch einen Sturz vom Bicycle. Am dritten Tage typische Deltoideslähmung. Eine völlige Wiederherstellung ad integrum war um so wichtiger, als der Beruf des Herrn B. als Bildhauer constantes Arbeiten mit erhobenem Arm beim Modelliren nothwendig machte. Energische Massage mit passiven Bewegungen und Faradisirung unter Vermeidung irgend welcher Ruhestellung des Gelenks stellten in wenigen Wochen völlig normale Verhältnisse wieder her.

Als weiteren Parallelfall stelle ich Ihnen Herrn D. vor, mit genau derselben Krankengeschichte, der die unmittelbar nach der Verletzung begonnene Behandlung nach einigen Wochen wegen einer nothwendigen Reise unterbrechen musste. Das hier erreichte Resultat steht ungefähr in der Mitte zwischen den beiden erstgenannten.

Schon Charcot hat darauf hingewiesen, dass bei diesen Affectionen immer nur die Streckmuskeln befallen werden. Obwohl ähnliche Verhältnisse nach traumatischer Synovitis an anderen Gelenken auftreten, wie z. B. Quadricepslähmung nach leichten Verletzungen des Kniegelenks möchte ich doch diese Erkrankung des Schultergelenks als abgeschlossenes klinisches Bild betrachten.

Wenn wir uns zu den gonorrhoischen Gelenkentzündungen wenden, so besteht zunächst die Aufgabe, dieselben von dem acuten Gelenkrheumatismus scharf zu trennen. Um dies thun zu können, müsste wenigstens das Krankheitsbild des Gelenkrheumatismus ganz klar und bestimmt bekannt sein. Dies ist aber keineswegs der Fall. Im Gegentheil: ich möchte so weit gehen: Was gewöhnlich unter acutem Gelenkrheumatismus verstanden wird, ist überhaupt keine Krankheit, sondern ein Symptom, welches bei irgend welchen acuten Infectionskrankheiten des Blutes auftreten kann und auftritt, wie Typhus, Pneumonie, Varicellen, Pyämie, Masern, Scharlach, Diphtherie, Erysipel, Rotz, Influenza, Gonorrhoe, abgesehen von den constitutionellen Krankheiten, wie Lues, Tuberculose, Gicht, Tabes, Hämophilie etc.

Dies ist auch experimentell nachgewiesen von Mery (Paris), indem z. B. 2—5 Tage alte Scharlach-Streptococcus-Bouillon-

Culturen in die Ohrvene von Kaninchen injicirt, multiple Arthritis hervorriefen.

Ist also der Begriff und das Bild des Gelenkrheumatismus ein so unbestimmter, trotzdem die Erkrankung zu den allerhäufigsten und bekanntesten gehört, so erschwert dies die Differentialdiagnose für die gonorrhoischen Gelenkerkrankungen ganz bedeutend.

Einen scheinbaren Vortheil bietet die gonorrhoische Arthritis diagnostisch vor der Polyarthritis, indem bei der ersteren der Neisser'sche Coccus als der specifische Krankheitserreger bekannt ist, während derselbe für den Gelenkrheumatismus heute noch fehlt. Dieser Vortheil ist jedoch, wie gesagt, nur scheinbar, indem der sichere Nachweis der Gonococcen im Gelenkerguss oder der Capsel sehr häufig nicht gelingt, und oft selbst die complicirteren neueren Culturverfahren aus dem Blute der Patienten nicht allen Zweifel ausschliessen.

Trotzdem ist es gelungen, in letzter Zeit das klinische Bild der gonorrhoischen Gelenkentzündung derartig zu präcisiren, dass es auch demjenigen, der es nicht allzu häufig vor Augen sieht, als typisch leicht erkenntlich erscheinen muss.

Vor allem ist zunächst zu bemerken, dass die Erfahrungen einer grossen Reihe von zuverlässigen Beobachtungen in den letzten Jahren gelehrt haben, dass die blenorrhoischen Gelenkerkrankungen sehr viel häufiger sind, als bis vor Kurzem allgemein angenommen wurde. Unsere Kenntniss über das Vorkommen und den Nachweis der Gonococcen bei gonorrhoischer Arthritis verdanken wir hauptsächlich Rindfleisch. Rindfleisch hat 30 Fälle von fast nur acuten gonorrhoischen Gelenkentzündungen mit den modernen Mitteln der Bacteriologie microscopisch und culturell untersucht. Für die Culturen benutzte er anfangs das Wertheim'sche Peptonrinderblutserum, später ausschliesslich das dem Pfeuffer'schen Taubenblutagar analoge Menschenblutagar. Indem er von der Annahme ausgeht, dass die Gonorrhoe auch bei gleichzeitigen Gelenkerkrankungen ausschliesslich durch die Vegetation von Gonococcen in den hinten nach der Blase zu gelegenen Abschnitten der Harnröhre unterhalten wird und den die Gonococcen event. begleitenden Bacterien mehr oder weniger die Bedeutung unschädlicher Saprophyten beizumessen ist, kommt er zu folgenden Schlüssen: Die Gelenkaffectionen können gelegentlich auf toxischem Wege zu Stande kommen. Bei den durch

die Gonococcen bedingten Gelenkentzündungen ist hauptsächlich die Synovialis geschwollen. Das Oedem der Gelenkcapsel aber und der ganzen Umgebung des kranken Gelenks beruht sehr wahrscheinlich, ähnlich wie die meisten Oedeme bei microparasitären Erkrankungen, auf einer Wirkung von Toxinen und ähnlichen Stoffen, welche durch die Stoffwechselproducte der Gonococcen, vor allem aber durch das Zugrundegehen und die Auflösung der Bacterienleiber in dem Gelenke entstehen und von dort in die ganze Umgebung diffundiren, oder auf dem Wege der Säftebahnen sich verbreiten. Im Beginn der acuten Gelenkentzündung besteht eine sehr starke Desquamation des Endothels, erst in den späteren Stadien tritt die Absonderung von Eiterkörperchen in den Vordergrund. Mit diesen Erscheinungen Hand in Hand geht der Befund der Gonococcen. Am zahlreichsten sind Gonococcen im Präparate und in der Cultur zu finden, wenn beide Arten von Zellen in gleicher Menge vertreten sind. Die Gonococcen im Gelenkexudat erscheinen in grosser Zahl einzeln oder zu zweien; die Häufchenbildungen dagegen sind verhältnissmässig selten zu sehen; ferner ist auch die Zahl der Leucocyten, welche Gonococcen in sich aufgenommen haben, gegen das gewohnte Bild bei urethraler Gonorrhoe äusserst gering. Die Gonococcen vermehren sich in der Gelenkflüssigkeit nicht mehr erheblich; das Resultat der microscopischen Untersuchung und das Vorkommen zahlreicher Involutionsformen in den Präparaten spricht gegen eine Vermehrung im Exsudat entzündeter Gelenke. Die Gonococcen erhalten sich so lange im Gelenke, so lange sie sich in den Geweben des Gelenkes erhalten. Im Gegensatz zu jenen Infectionen, welche den erkrankten Organismus immunisiren, scheint die gonorrhoische Erkrankung eher das Gegentheil zu bewirken. Vielleicht genügt schon sogar das Circuliren der erwähnten Toxine im Blute, um eine Exsudation in den früher befallenen Gelenken hervorzurufen. Bei chronischen Gelenkergüssen gonorrhoischer Natur sind Gonococcen bisher nicht nachgewiesen .

In Fällen, in welchen die in grösserer Anzahl erkrankten Gelenke zur Vereiterung kommen, dürfen wir mit grosser Wahrscheinlichkeit eine Mischinfection der Gonococcen mit Staphylococcen oder Streptococcen annehmen. Fieber scheint bei reiner Gonococceninfection zu fehlen.

Von den klinischen Beiträgen sind die von Mühsam, König und insbesondere Nasse die wichtigsten.

Eine der ersten klinischen Fragen ist, in welchem Stadium der Schleimhaut-Gonorrhoe treten Gelenk-Metastasen auf? Während Finger statistisch nachweist, dass die älteren Fälle von Blenorrhoe am meisten metastasiren, sind doch eine grössere Anzahl von Tripperrheumatismus bei ganz frischen Infectionen bekannt. Nach der ersten Woche können dieselben schon auftreten, doch hängt dies augenscheinlich weniger von der Dauer der Erkrankung und dem Uebergreifen auf die pars posterior, als von dem Uebergreifen auf die tieferen Schichten der Schleimhaut ab.

Man kann wohl sagen, dass die mono-articuläre Erkrankung nahezu pathognomonisch für die Tripperentzündung ist, obwohl das Befallenwerden mehrerer Gelenke, sowohl nach einander als zu gleicher Zeit, vorkommt. Ist dies der Fall, so fehlt doch immer die für den Gelenkrheumatismus so characteristische Flüchtigkeit und Wandelbarkeit.

Das Auftreten der Erkrankung ist in der grösseren Anzahl der Fälle plötzlich, unter heftigen Schmerzen. Bei dem selteneren langsamen Beginn steigern sich auch die Schmerzen allmählig. Die 7 Fälle, die ich innerhalb fünf Monate beobachtet habe, traten alle in höchst acuter Form auf. Sie betreffen sämmtlich das Knie, fünf bei Männern und zwei bei Weibern.

Um nicht allzu ausführlich zu werden, will ich alle theoretischen Eintheilungen in verschiedene Krankheitsformen unterlassen, was ja leicht in der einschlägigen Literatur nachzulesen ist, sondern nur meine eigenen Fälle kurz skizziren. Alle 7 Fälle betrafen Individuen unter 30 Jahren, bei allen war das Knie erkrankt (wie schon gesagt, war bei allen noch die Gonorrhoe in acutem Zustande, und benöthige noch locale Behandlung), bei allen war ein starker Gelenkerguss vorhanden, der bei der nöthig gewordenen Evacuation sich als serös bis eitrig herausstellte. Die Schmerzen waren bei sämmtlichen sehr hochgradig, höhere Fiebererhebungen fehlten im Allgemeinen, nur in einem Fall bestand am ersten Tage 105°, welche Temperatur nach der Entleerung des Gelenks rasch auf das Normale fiel.

Alle Beobachter und Autoren, sowohl der früheren Zeit, wie der allerneuesten, stimmen darin überein, dass die Prognose der gonorrhoischen Gelenkerkrankungen ausserordentlich infaust ist. In der grössten Anzahl der Fälle tritt die gefürchtete fibrinöse oder knöcherne Ankylose ein. Auch meine Lehrer, Volkmann und Schede, haben diese Anschauung gelehrt, und ich

wusste nicht anders, als dass man in den allermeisten Fällen schwere Flexionsstörungen bis zur completen Ankylose zu erwarten hat. Um so erstaunter war ich, dass es mir gelang, alle diese sieben Fälle mit völlig freier Beweglichkeit, oder doch nur höchst geringer Beschränkung entlassen zu können.

Ich schreibe dies direct der Behandlung zu, welche in Auswaschungen des Gelenkes besteht, ohne irgend welche Ruhestellungen; nachher dagegen Massage trotz lebhaften Schmerzes, passive Bewegungen und heisse Luftbehandlung bis zur Temperatur von 350 Grad Fahrenheit. Insbesondere die letztere Behandlungsweise mache ich zum grossen Theil verantwortlich für die mich selbst überraschenden Resultate. Ich glaube nicht fehl zu gehen, wenn ich den Grund für viele Ankylosen, die die meisten Beobachter berichten, in der Fixirung und Ruhestellung des Gelenkes suche.

Ob die sonst drohenden Recidive bei der Art der Behandlung, wie ich sie durchgeführt habe, ausbleiben werden, bleibt abzuwarten, da hierzu die Zeit noch viel zu kurz ist.

(Vorstellung eines Pat., der eine acute gonorrhoische Kniegelenkseiterung durchmachte. Völlig frei bewegliches Gelenk.)

Tuberculose. Die Diagnose und Behandlung der tuberculösen Gelenkerkrankungen gehört mit zu den ältesten Lehren der Chirurgie und ist in den letzten dreissig Jahren derartig ausgebeutet worden, dass man kaum erwarten sollte, noch Neues hinzufügen zu können. Dass dies doch der Fall ist, beweist, dass der Altmeister in der Lehre der Gelenktuberculose, König, seit 1896 an der „speciellen Tuberculose der Knochen- und Gelenke" schreibt.

Heute Abend erlaube ich mir nur einige Punkte kurz anzuführen. Während früher die tuberculösen Erkrankungen der Gelenke den Hauptanlass gaben zu den typischen Resectionen der Gelenke, wobei im Gesunden rücksichtslos alles Kranke entfernt wurde, ohne irgend welche Rücksicht auf die Gelenkfiguration zu nehmen, machte sich vor ungefähr zwölf Jahren ein Rückschlag geltend zu Gunsten der ultra-conservativen Behandlungsmethode der tuberculösen Gelenke. Hierzu gehören die Jodoform-Injectionen, die Bier'sche Stauungs-Hyperämie, die atypischen Gelenkoperationen nach Schede, welche nur das absolut Erkrankte entfernen und möglichst die Configuration des Gelenkes ungestört lassen, wobei, im Gegensatz zu früher, mit allen Mitteln eine prima intentio angestrebt wird. Obwohl

im Allgemeinen die conservative Tendenz in der Chirurgie sich immer mehr ausbreitet, ist man doch bei der Gelenks-Tuberculose wenigstens theilweise von dem Bestreben abgekommen, durch endlos lange conservative Behandlung ein Ausheilen des Prozesses erreichen zu wollen. K ö n i g's Schlusssätze in seiner „Kniegelenks-Tuberculose" (1896) sind hierfür sehr bezeichnend und auf alle Fälle von grossem Interesse für den praktischen Arzt. Die Zahlen, welche für die Kniegelenke genommen sind, dürften im Allgemeinen voraussichtlich auch wohl für andere Gelenke Anwendung finden:

1. Unter 288 Fällen wurden dreissig Procent unter conservativer Behandlung geheilt.
2. Zehn Procent aller Erkrankten erreichten gut bewegliche Gelenke; die anderen wurden mehr oder weniger steif, oft auch krumm.
3. Es ist zuzugeben, dass eine Anzahl von Gelenken, wenn man ohne Beschränkung der Dauer bei der conservativen Behandlung bleibt, schliesslich noch ausheilt; da aber auch der erfahrenste Arzt nie mit annähernder Sicherheit weder die Dauer der Behandlung noch die Prognose quoad vitam aut functionem bestimmen kann, so ist
4. es in einer Reihe von Fällen schon aus wirthschaftlichen Gründen entschieden richtiger, durch eine eingreifende Operation die Krankheit in bestimmter Zeit zu beseitigen, nachdem man die zuwartende Behandlung längere Zeit versucht hat. Ob das Gelenk hierdurch beweglich oder steif wird, ist gänzlich gleichgiltig; die meisten Gelenke werden doch steif. Diese Forderungen werden befriedigt durch A r t h r e c t o m i e bei Kindern und die Resection bei Erwachsenen.
5. Bei älteren Personen, insbesondere bei beginnendem Anasarka etc., erscheint in gewissen Fällen die Amputation indicirt.

Nur unter besonderen Verhältnissen erscheint es mir gerechtfertigt, die conservative Behandlung ungewöhnlich weit auszudehnen, wie ich an dem Fall zeigen will, den ich Ihnen hier vorstelle.

Patient M. G., 42 Jahre alt, hatte eine schwere Tuberculose des rechten Handgelenkes, welche auf der beigegebenen Röntgenplatte deutlich ersichtlich ist.*) Auf Wunsch des Patien-

* Von der Reproduction dieser Platte musste abgesehen werden, da sie hiezu gänzlich ungeeignet erscheint, obwohl die Knochenzerstörung dem geübten Auge, bei Durchleuchtung der Platte, deutlich erscheint.

ten wurde die Behandlung mit Jodoform-Injectionen und Bier'scher Stauung ungewöhnlich lange ausgedehnt, da Patient erklärte, mit einer geringen Beweglichkeit der Finger bei steifem Handgelenk völlig seinen Beruf ausüben zu können. Als schliesslich die Handgelenks-Resection nothwendig wurde, wurde dieselbe atypisch vorgenommen, indem die sämmtlichen Handwurzelknochen, — völlig erweicht und degenerirt — mit dem scharfen Löffel entfernt wurden. Unter anderen Verhältnissen hätte ich voraussichtlich auf Vorderarm-Amputation gedrungen. Die Affection ist allerdings, wie Sie sehen, nach ausserordentlich langer Behandlungsdauer noch zur Ausheilung gelangt.

Ein mit völlig freier Beweglichkeit ausgeheiltes tuberculöses Gelenk kann ich Ihnen hier zeigen. Der Junge wurde vor ungefähr vier Jahren ein halbes Jahr hindurch mit Jodoform-Injectionen und Bier'scher Stauung behandelt und steht auch heute noch unter Controlle, ohne jedoch irgend wie die geringste Recidivirung zu zeigen.

Acuter Gelenkrheumatismus, bei dem keine anderweitige Krankheitsursache nachweisbar ist, wird doch auch oft noch Gegenstand chirurgischer Behandlung. Nachdem eine Reihe von Gelenken befallen, und die meisten wieder besser geworden sind, geht ein Gelenk, — häufig das zuerst befallene — nicht auf die Norm zurück; der Erguss bleibt trotz aller Behandlung bestehen und wird sogar manchmal eitrig. Ein chirurgischer Eingriff ist dann natürlich indicirt. Ich selbst habe in allerletzter Zeit zwei solcher Fälle gesehen und behandelt, in denen keine andere Aetiologie als der sogenannte acute Gelenkrheumatisums zu eruiren war. Jedem internen Kliniker sind diese Bilder ja bekannt.

Der chronische Gelenkrheumatismus, mit seinen schweren Veränderungen erheischt natürlich nicht selten chirurgische Hilfe, obwohl bislang mit derartigen Operationen ziemlich zurückgehalten wird. Es ist aber absolut nicht einzusehen, warum man abwarten soll, bis complete Ankylosen und Contracturen als vermeintlich unvermeidlich eingetreten sind. Ich bin überzeugt, dass in kürzester absehbarer Zeit derartige schwere Folgeerscheinungen, die wir ja bei anderen Gelenkerkrankungen zu vermeiden wissen, durch rechtzeitige chirurgische Eingriffe werden vermieden werden. Der acute Gelenkrheumatismus gehört so recht eigentlich zu den Grenzgebieten der inneren Medicin und

der Chirurgie, und wir haben kein Recht mehr, uns mit der Verabreichung von Salicyl und Wintergrünöl zufrieden zu geben und im Uebrigen die Hände in den Schoos zu legen, bis die

Fig. 1.

Erworbene Lues der Mittelhand und Handwurzelknochen. Ostitis, Periostitis, Chondritis, Arthritis. Granulationen.

schwersten Ankylosen und Contracturen eintreten, die den unglücklichen Patienten zeitlebens verkrüppeln.

L u e s. Bei der Betrachtung der luetischen Gelenker-

krankungen haben wir dieselben streng in zwei verschiedene Gruppen zu theilen: die erworbene und die hereditäre.

Bei der ersteren finden wir die ganze Reihe von der einfachen Arthralgie bis zur Gelenk-Vereiterung. Wir finden die synoviale Form, welche auf einer Ernährungsstörung der Synovialis beruht, ebenso wie die osteale Form, die auf einer eitrig-gummösen Periostitis, mit nachfolgender gummöser Ostitis, zurückzuführen ist, oder auf Chondro-Arthritis, oder Osteo-chondritis epiphysaria. Die Prognose ist unter Jodkali-Behandlung und localem Auswaschen, eventuell Auskratzen, günstig, wie bei den meisten luetischen Affectionen.

Ich zeige Ihnen hier eine Platte, Fig. I, mit einer typischen syphilitischen Erkrankung des Handgelenkes und verschiedener Fingergelenke. Patient ist geheilt.

Betreffs der Reproduction der Platten ist folgendes zu bemerken: Da die Knochenherde nur bei einer kurzen Expositionszeit sich vom übrigen Gewebe differenziren, sind die Negative dünn und eignen sich deshalb, wie jeder der sich mit Photographie befasst hat, weiss, nicht zur Reproduction. Ich habe deshalb versuchsweise Tusch-Aquarelle hergestellt, welche die Platte bei der Durchleuchtung gesehen, darstellen. Die beigegebenen Bilder stellen also Negative dar.

Die hereditäre Lues bringt ganz andere Erscheinungen. Eigenthümliche Wachsthumsstörungen in den Gelenkenden, rhachitisartige Auftreibungen in der Epiphysenlinie sind typisch. Auch die microscopischen Bilder des Epiphysenendes und Knochens erinnern sehr an Rhachitis. Die Therapie ist, wenn nicht acute Exacerbationen eintreten, die ein symptomatisches Eingreifen erfordern, absolut machtlos.

Ich zeige Ihnen hier den Gelatine-Abguss der Hand eines Mädchens, dessen fast sämmtliche Gelenke in der Weise befallen waren, wie Sie es hier in der Hand sehen. Ausser der zugegebenen Krankheitsgeschichte zeigten das Aussehen der Zähne, Haare und andere Anzeichen die Richtigkeit der Diagnose.

T a b e s. Von den zwei von mir operirten tabetischen Gelenken will ich nur eins hervorheben, ein Knie, welches bei der nothwendig gewordenen Resection nicht nur Hypertrophie der Gelenkenden, einen kleinen Gelenkkörper, sondern auch eigenthümliche, flächenartige, einen Centimeter dicke Auflagerungen im distalen Gelenkende des Femurs zeigte. Beide Fälle von tabetischer Arthropathie gehörten den höheren Graden an und wa-

ren characterisirt durch hochgradige, abnorme Beweglichkeit, durch reichlichen Gelenkerguss, Hyperplasie der Gelenkflächen, Hypertrophie und schwielige Veränderungen der Kapseln.

Zum Schluss möchte ich mir erlauben Ihnen eine Reihe von Röntgen-Platten vorzulegen.

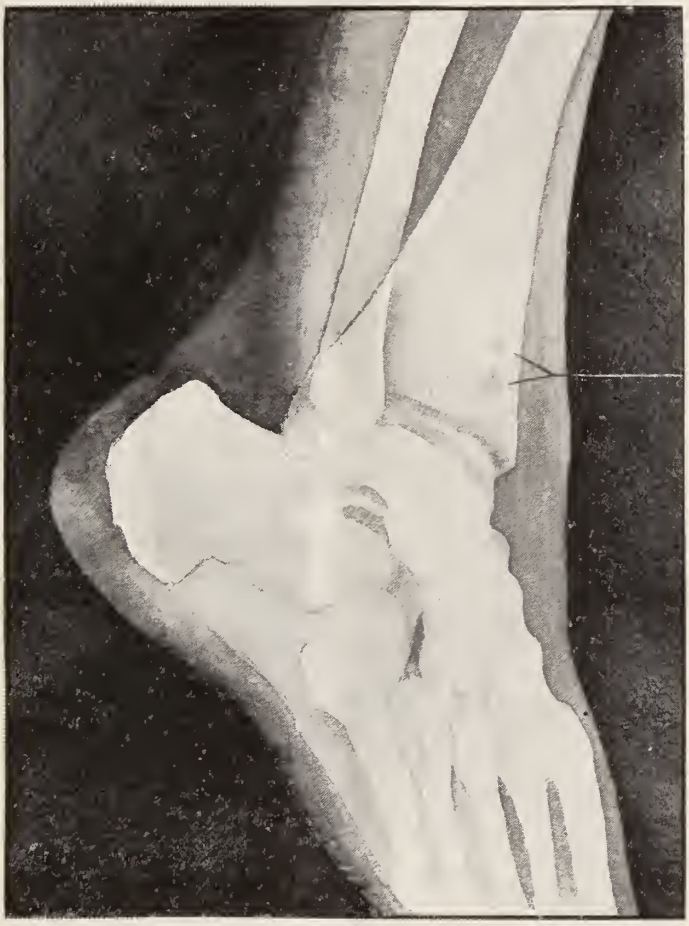


Fig. 2.
Zwei tuberculöse Herde im distalen Tibiaende.

Im Anfange der Anwendung von Röntgen-Strahlen im chirurgischen Dienste wurde es als das Höchsterreichbare betrachtet, Fremdkörper, welche in den menschlichen Körper eingedrungen waren, durch die Photographie nachzuweisen, die so als An-

haltspunkt zur Entfernung derselben diente. Späterhin wurden auch feinere Unterschiede, welche keinen so grossen Ausschlag in der Photographie geben konnten, zur Ansicht gebracht, und so manche pathologischen Zustände demonstrirt, die sonst nicht so klar nachweisbar gewesen waren. Obwohl ich nach dieser Richtung hin eine recht grosse Anzahl von Aufnahmen gemacht habe, glaubte ich doch, dass die wirkliche zukünftige Bedeutung der Röntgen-Photographie auf einem anderen Felde liegen müsse. Wenn es gelingen sollte, Granulationsherde in Knochen und Gelenken photographisch zur Ansicht zu bringen, so würde damit für die Frühdiagnose von tuberculösen, osteomyelitischen und anderen Knochenherden ein ungeahnter Fortschritt gemacht sein. Ich benützte daher die erste Gelegenheit, die sich mir bot, und erlaube mir nun, Ihnen hier einige Proben davon vorzulegen.

Dieselben betreffen allerdings nicht direct Erkrankungen der Gelenke; der Zusammenhang mit denselben wird aber leicht ersichtlich, wenn wir bedenken, dass über sechzig Procent der tuberculösen Gelenkerkrankungen zum Beispiel primär Knochen-Infarcte sind, welche erst nach Durchbruch in's Gelenk dasselbe inficiren und so das Bild der tuberculösen Gelenkerkrankungen präsentiren.

Die zweite Platte (Figur 2) die ich Ihnen hier zeige, und welche von einem Patienten H., siebzehn Jahre alt, genommen ist, der mit der Wahrscheinlichkeitsdiagnose von Osteosarkom des distalen Tibiaendes in's Hospital aufgenommen wurde, zeigt ungefähr zwei und einen halben Zoll oberhalb des Fussgelenkes zwei erbsen- bis linsengrosse dunkle Punkte im Knochen, welche als Granulationsherde gedeutet wurden. Es wurde deshalb, auf Grund der Photographie, die Tibia an der betreffenden Stelle trepanirt, die typischen tuberculösen Granulationsherde gefunden, durch Ausmeisselung entfernt, und so das Leiden zur Ausheilung gebracht, bevor das Fussgelenk inficirt wurde.

Die 3. Platte (Figur 3) zeigt Ihnen eine alte complicirte Fractur mit Fistelbildung. Durch mehrmalige Necrotomie wurde eine völlig reine Knochenwunde geschaffen, welche trotzdem nicht zur Ausheilung kam. Die vorgenommene Röntgen-Photographie zeigte drei Zoll oberhalb des Fussgelenkes und etwa ein und einen halben Zoll oberhalb der Fistel zwei isolirte, nicht mit der Fistel communicirende Knochenherde, welche gefunden und entfernt wurden, worauf die Fistel sich schloss.

Die Zeit verbietet mir, die Perspective auszumalen, welche sich uns damit bietet. Auf alle Fälle wird es geboten sein, in Zukunft, bei Verdacht auf kleine, abgecapselte Knochenherde, Skiagramme herzustellen, und so gewiss in manchen Fällen eine

Fig. 3.

Grosser, eitriger Knochenherd ein und einhalb Zoll oberhalb einer persistirenden Fistel nach complicirter Supramalleolarfractur. Operativ entfernt. Heilung.

ebenso erwünschte wie ungeahnte Erleichterung in der Frühdiagnose dieser Erkrankungen zu finden.

Zur Technik dieser Aufnahmen muss ich hinzufügen, dass kurze Expositionen, von etwa zwei bis drei Minuten Dauer angezeigt erscheinen. Die oft recht dünnen Platten zeigen bei genauerem Studium die gewünschten Effecte klar genug, während bei längeren Expositionen solche Knochenherde einfach mit durchleuchtet werden und so der bildlichen Darstellung entgehen.

Für die Aufnahme der Platten bin ich Herrn Dr. Geo. W. Jacoby zu Dank verpflichtet, den ich hiermit aussprechen möchte.

Sie mögen aus diesen kurzen, lose an einander gereihten Skizzen ersehen, dass unsere Kenntnisse in der Pathologie der Gelenke wesentlich zugenommen haben, wie z. B. bei den gonorrhoischen Gelenkerkrankungen, die eine viel häufigere und wich-

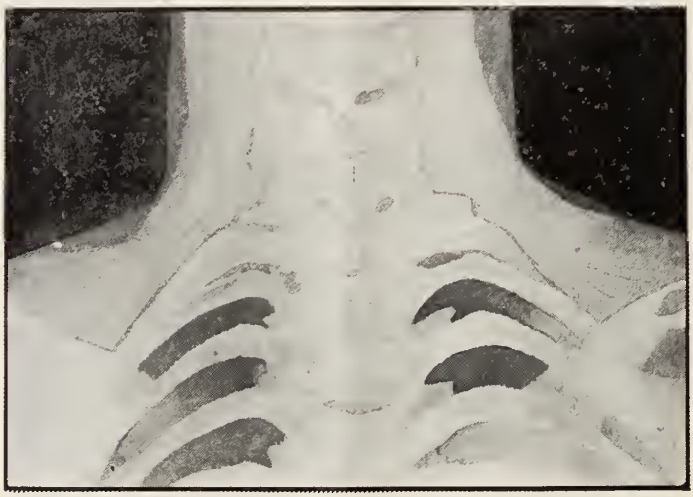


Fig. 4.
Tuberculöser Knochenherd im sechsten Halswirbel.

tigere Affection darstellen, als bisher angenommen wurde, dass die Röntgen-Photographie uns voraussichtlich ein äusserst werthvolles Hilfsmittel sein wird, und dass in der Therapie das Aufgeben althergebrachter Behandlungsmethoden, wie übermässig langes Fixiren, allzu radicale Operationsmethoden, ebenso wie das Hereinziehen neuerer Behandlungsarten, wie z. B. die mit heisser Luft, mit Recht die Aussicht auf Erfolg eröffnet, welche wir vor einem Jahrzehnt kaum zu hoffen wagen durften.

Seit Verabfassung dieser Arbeit hatte ich Gelegenheit, eine muthmaassliche Tuberculose des sechsten Halswirbels zu photographiren und zu operiren. Der Fall, ein 26jähriges Mädchen, bot als diagnostischen Anhaltspunkt nur intensiven Schmerz in der Halswirbelsäule seit anderthalb Jahren, spontan sowohl als auf Druck auf den processus spinosus des sechsten Halswirbels, zu dem sich in den letzten Wochen Schmerz im rechten Brachialplexus zugesellte. Auf Grund des in der Photographie deutlich sichtlichen Herdes wurde die Trepanation des sechsten und fünften Halswirbelkörpers vorgenommen, wobei allerdings ein eigentlicher Granulationsherd nicht gefunden wurde, wohl aber eine Erweichung des Körpers des sechsten Halswirbels.

116 Ost 57. Strasse.

Ein Fall von Hyperemesis gravidarum, gefolgt von Polyneuritis in graviditate.

Von

Dr. H. J. Kreutzmann, San Francisco, Cal.

Der im Folgenden zu beschreibende Fall wurde von mir vor Kurzem beobachtet; die Seltenheit der Erkrankung, sowie das lebhafte Interesse, das derartige Fälle in wissenschaftlicher, besonders aetiologischer Beziehung erwecken müssen, veranlasst mich zur Mittheilung, obgleich (durch äussere Umstände veranlasst) die Kranke meiner weiteren Beobachtung entzogen wurde und der Fall nicht bis zur definitiven Erledigung verfolgt werden konnte.

Es handelt sich um eine junge Frau, 24 Jahre alt, Primipara, seit zwei Jahren verheirathet. Da sie ein angenommenes Kind ist, so liess sich über ihre Eltern und etwaige Geschwister nicht viel Bestimmtes eruiren. Die Mutter soll an Tuberculose der Lungen in jungen Jahren zu Grunde gegangen sein. Ueber meine Patientin wurde mir mitgetheilt, dass sie als junges Mädchen von angenehmen Manieren gewesen sei, anziehend in ihrem Aeussern, in keiner Weise in ihrem Benehmen auffallend oder abweichend von der Norm. Bemerkenswerth erschien eine

Vorgetragen im Verein Deutscher Aerzte zu San Francisco, December-Sitzung 1899.

frühzeitige und aussergewöhnlich starke Entwickelung ihrer Brüste; sie erfreute sich stets guter Gesundheit.

Anfangs Juli 1899 erkrankte sie mit Erbrechen, nachdem einige Zeit zuvor ihre Menstruation, wie gewöhnlich, eingetreten war. An Schwangerschaft wurde weder von ihr selbst, noch von ihrem Arzte gedacht, sondern eine Erkrankung des Magen-Darmtractus angenommen. Sorgfältige diätetische und reichliche medicamentöse Behandlung waren ohne Erfolg; Patientin konnte schliesslich absolut nichts mehr bei sich behalten, auch die kleinste Dosis Milch wurde erbrochen; es wurde Zuflucht zur Rectalernährung genommen, dabei kam Patientin immer mehr von Kräften und ihr Zustand begann alarmirend zu werden. Sie wurde Ende August nach San Francisco gebracht; man hoffte durch einen Wechsel von dem sehr heissen Klima im Innern Californiens nach der kühlen Küste Besserung zu erzielen.

Die Periode war in der Zwischenzeit nicht wieder eingetreten, anderweitige Schwangerschaftszeichen waren nicht bemerkt worden. Am 4. September sah ich die Kranke zum ersten Male. Die Körpertemperatur wurde nicht erhöht gefunden; Puls 120, sehr klein. Patientin ist völlig klar bei Bewusstsein, antwortet nur etwas langsam. Es besteht kein foetor ex ore, kein Ptyalismus; die Zunge ist trocken, aber nicht belegt, nicht rissig.

Die Mammae der Patientin sind enorm entwickelt, hängen auf den Bauch herab; leichte Dunkelfärbung der Areolae und Vergrösserung der Montgomery'schen Drüsen wird bemerkt. Die Lungen sind ohne Besonderheiten, die Herztöne rein. Druck auf die Magengegend ist nicht empfindlich; es besteht deutliche Dunkelfärbung der Linea alba.

Die Haut ist trocken, abschilfernd; der Panniculus adiposus noch gut entwickelt, dagegen ist die Muskulatur besonders der Extremitäten stark geschwunden; keine Oedeme der Füsse vorhanden. Es wird nicht über irgend welche Schmerzen geklagt; Patientin erbricht angeblich Alles, schläft wenig und ist unfähig ausser Bett zu sein; sie liegt beständig zu Bett seit Anfang Juli. Sie kann alle Gliedmassen gut bewegen, zieht z. B. die Beine an zur gynäkologischen Untersuchung, ohne Schwierigkeiten.

Die Untersuchung der Genitalien ergab Schwangerschaft zwischen 2. und 3. Monat. Die Diagnose lautete also: Hyperemesis gravidarum. Da ich bisher, wie viele meiner Fachgenossen, der Ansicht huldigte, dass es sich bei einer Hyperemisis gravid. um Hysterie handle, und da die Pflege der Gra-

vida in den Händen von Verwandten lag, da ferner in den nächsten zwei Tagen keinerlei Besserung des Zustandes erzielt wurde, Patientin aber bei der hochgradigen Herzschwäche und Inanition nicht mehr lange leben konnte, so wurde Trennung von der Familie, Behandlung unter einer geschulten Wärterin vorgeschlagen und Patientin sofort nach dem Deutschen Hospital verbracht. Von Einfluss bei der Ueberführung ins Hospital war für mich ferner der Umstand, dass daselbst die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft sofort ausgeführt werden konnte, wenn für nothwendig erachtet.

Bemerkenswerth war nun die rasche Besserung resp. Heilung der Hyperemesis unter stricter Anstaltsbehandlung. Nach Ablauf einiger Tage hörte das Erbrechen gänzlich auf, es stellte sich Appetit ein, Patientin schlief besser und nach vierzehn Tagen konnte sie wieder nach ihrer Stadtwohnung verbracht werden.

Im weiteren Verlaufe der Beobachtung stellte sich Erbrechen nur noch zweimal ein; einmal nach psychischer Erregung und einmal nach zu reichlichem und hastigem Genuss von Milch.

Stuhlgang war zuerst angehalten, wurde allmählich normal und auf natürliche Weise erzielt. Die Urinabsonderung war in der ersten Zeit der Beobachtung verringert, wurde aber bald reichlich; Formelemente wurden zu keiner Zeit im Urin gefunden.

Nach Aufhören des Erbrechens, in der zweiten Woche ihres Hospitalaufenthaltes stellte sich bei der Patientin Nachts eine Trübung der Psyche ein: sie wusste nicht, wo sie sich befand, versuchte das Bett zu verlassen und fiel dabei einmal zu Boden. Diese geistige Störung bestand für kurze Zeit nur des Nachts; am Tage war die Kranke vollkommen klar und besinnlich. Nach dem Verlassen des Hospitals dagegen trat auch während des Tages dieselbe Verworrenheit hervor; Patientin verwechselte Personen ihrer Umgebung mit solchen, die sich weit entfernt befanden oder gestorben waren. Beispielsweise hielt sie mich für den Arzt der Familie, bereits verstorben, der sie in ihrer Kindheit behandelt hatte. Ganz allmählich liessen diese Erscheinungen getrübten Bewusstseins nach, um schliesslich wieder ganz zu verschwinden.

Gleichzeitig mit den Störungen der Psyche traten äusserst heftige Schmerzen in beiden unteren Extremitäten auf, besonders in den Waden. Die Schmerzen wurden spontan und auf Druck empfunden und machten den Eindruck schwerer Neu-

ralgien; sie liessen nur langsam nach unter Behandlung mit Nervinis etc. und allmählig bildete sich eine Beugecontractur mässigen Grades beider Kniegelenke aus; der Versuch die Beine (passiv) zu strecken, erwies sich als unausführbar wegen der grossen Schmerzen, die dadurch hervorgerufen wurden.

Der Allgemeinzustand der Patientin war nach Aufhören des Erbrechens bei gutem Appetite und reger Verdauung nur langsam besser geworden; circa 2 Wochen nach Verlassen des Hospitals wurden die ersten Gehversuche gemacht. Es zeigte sich nun bald, dass Gravida nach einigen anfänglichen Fortschritten eine weitere Besserung im Gehen nicht erfuhr trotz sachgemässer Behandlung: sorgfältige Ernährung, Massage, Bäder. Patientin war im Stande, ihre Beine von der Unterlage zu erheben und ihre Füsse zu bewegen, aber unvermögend, ihr Körpergewicht zu tragen und konnte nur unbehilfliche Gehversuche machen, gestützt von der Wärterin. Puls blieb dauernd klein und frequent 112—120; die Schwangerschaft nahm ihren ungestörten Gang.

Bisher betrachtete ich das Unvermögen der Patientin zu gehen, sowie die Beugecontracturen als die natürliche Folge der langen Inactivität und des dadurch, sowohl wie durch die Inanition hervorgerufenen Muskelschwundes. Die Schmerzen erklärte ich mir als neuralgische, hervorgerufen durch die bestimmt anzunehmende Verarmung des Blutes.

Das Ausbleiben von grösseren Fortschritten nach der Hebung des Allgemeinzustandes veranlasste mich indess, nach einer anderen Ursache zu forschen; zunächst stellte ich dann das Fehlen des Patellarreflexes beiderseits fest, ferner die stark herabgesetzte electrische (faradische) Erregbarkeit der Muskeln.

Das Studium der Literatur führte mich dann zur richtigen Diagnose. Ich glaube, nach dem was ich darüber gelesen, die Diagnose auf Polyneuritis stellen zu dürfen, auch wenn ich zugeben muss, dass eine fachmännige neurologische Untersuchung nicht vorgenommen wurde. Bestimmt konstatirt wurden: die (vorübergehende) geistige Störung; Schmerzen in beiden Unterextremitäten spontan und auf Druck; Parese und starke Atrophie der Muskeln beider Beine; Fehlen des Patellarreflexes; Herabsetzung der faradischen Erregbarkeit der Muskulatur; hohe Pulsfrequenz.

Der Rumpf und die oberen Extremitäten waren nicht afficirt; zu keiner Zeit wurden Schlingbeschwerden beobachtet, keine Störungen im Bereiche der Sinnesorgane.

Der von mir beschriebene Fall führt uns in das interessante Kapitel der Störungen im Bereiche der Psyche und der Nerven während resp. im Anschluss an Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Puerperale Psychosen incl. der Schwangerschaft sind Gegenstand eingehender Erörterung vielfach gewesen; ebenso die Lähmungen im Gefolge des Zeugungsgeschäftes. Dagegen haben multiple Neuritiden während Schwangerschaft und nach der Geburt erst in neuester Zeit die Aufmerksamkeit der Aerzte erregt und die Anzahl der beschriebenen Fälle erreicht noch kaum 40. Die meisten Beobachtungen der letzteren Categorie beziehen sich auf Fälle nach der Geburt, doch wurden in einigen Mittheilungen die Anfänge der Erkrankung in der Schwangerschaft gefunden.

Bezüglich Aetiologie werden von verschiedenen Autoren angeführt: septische Erkrankungen; Intoxicationen; Anaemie; Kachexie und Marasmus; doch sind auch Fälle beobachtet worden, wo nach vorausgegangener glatter Geburt und fieberfreiem Wochenbett Neuritis multiplex sich entwickelte.

Polyneuritis im Anschluss an Hyperemesis gravid. wird als anamische, kachectisch-marantische Form (L e y d e n) aufgefasst und unterliegt es allerdings keinem Zweifel, dass in jedem Falle von vorgeschrittener Hyperemesis Anaemie, sowohl wie Kachexie und Marasmus besteht. Ob aber thatsächlich ein wirklicher Causalnexus zwischen beiden Erkrankungen — Hyperemesis und Polyneuritis — besteht oder ob nicht in den veröffentlichten Fällen ein zufälliges Zusammentreffen vorliegt, das kann wohl nur an der Hand weiterer Beobachtungen entschieden werden.

Die bisher veröffentlichten, ganz wenigen Fälle von Neuritis multiplex nach unstillbarem Erbrechen, sind alle schwerste Erkrankungen gewesen; es dürfte keinem Zweifel unterliegen, dass leichtere, rasch vorübergehende Formen von Neuritis nach Hyperemesis viel häufiger sich ereignen, als es nach den seitherigen Veröffentlichungen den Anschein haben könnte. Wenn erst einmal unsere Aufmerksamkeit auf den möglichen causalen Zusammenhang beider Erkrankungen gelenkt ist, so ist sicher zu erwarten, dass die Diagnose häufiger gestellt werden wird und die Beobachtungen sich mehren werden. Es ist gewiss anderen Aerzten ebenso ergangen wie mir, dass sie die Schmerzen für Neuralgien hielten; so lange die Kranken zu Bette liegen, hat man keine Veranlassung nach Paresen zu suchen, und wenn

nach Verlassen des Bettes die Bewegungen der Genesenden für einige Zeit unbeholfen sind, so wird man sehr geneigt sein, das der Inactivität und dem heruntergekommenen Zustande zuzuschreiben. Mittlerweile verschwindet dann mit und ohne Behandlung die Neuritis, und die Diagnose wurde nicht gestellt. Ist aber unsere Aufmerksamkeit erst einmal erregt und wird bei Zeiten eine neurologische Untersuchung vorgenommen, so dürfte (wahrscheinlich) Neuritis öfter gefunden werden.

Zum Schlusse möchte ich mir gestatten in Kürze die wenigen mitgetheilten Fälle zu referiren; soweit ich beurtheilen kann, wird die nachfolgende Liste complet sein:

1. Der erste derartige Fall dürfte der von Whitfield sein, Lancet 1, 13, 1889. Eine 40jährige VII para litt an starkem Erbrechen in graviditate; am Ende der Schwangerschaft stellten sich Neuritiden der unteren Extremitäten, später auch der oberen ein, welche auch einige Zeit nach der Geburt anhielten.

2. Desnos, Joffroy und Pinard; Bull. de l'Acad. 37, XXI, 2, S. 44, 1889. Bei einer 30jährigen III para unstillbares Erbrechen, im 4. Monate Muskelatrophie der unteren, später der oberen Extremitäten, Schwäche des Gedächtnisses und der Auffassung; „künstliche Geburt", allmählige Besserung.

3. Georg Solowieff, „Ueber einen Fall von Hyperemesis gravidarum, begleitet von einer Neuritis multiplex." Centralblatt für Gynäcol. 1892, No. 26, pag. 492; 24jährige I para, Hysterica; 5 Wochen nach der letzten Menstruation Beginn von hartnäckigem Erbrechen, das bald den Character des unstillbaren annahm. Nach Ueberführung in das Krankenhaus ca. 3 Monate nach Beginn der Gravidität anfängliche leichte Besserung der Hyperemesis. Polyneuritis wird constatirt; Abort wird nicht eingeleitet wegen der bestehenden progressiven Polyneuritis. Patientin stirbt ca. 3½ Monate nach Beginn der Gravidität.

4. A. Eulenburg: „Ueber puerperale Neuritis und Polyneuritis." Deutsche Medic. Wochenschrift 1895, No. 8 und 9. Schwere diffuse Polyneuritis; vor Jahren vorausgegangene Polyarthritis rheumatica, Anaemie, ungünstige Einwirkung des Tropenklimas; wegen Hyperemesis vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft durch künstlichen Abort; profuse Nachblutungen. Die Lähmung in der Form aufsteigender acuter Paralyse auftretend; von oben nach unten allmählig rückgängig mit zu-

rückbleibender schlaffer, atrophischer Lähmung der Vorderarmhandmuskulatur und beider unteren Extremitäten.

5. L. Stembo: „Ein Fall von Schwangerschaftspolyneuritis nach unstillbarem Erbrechen." Deutsche Medic. Wochenschr. 1895, No. 29; 24jährige I para, im 2. Schwangerschaftsmonate beginnt Erbrechen, das bald unstillbar wurde und ca. 3 Monate dauerte; noch während desselben Schmerzen und Schwäche in den Beinen. Polyneuritis neurologisch festgestellt. Besserung während der Schwangerschaft, so dass sie im 8. Monate der Gravidität Gehversuche beginnen konnte. Normale Entbindung zu rechter Zeit. Fortschreitende Besserung.

6. Mader, Wiener klin. Wochenschr. 1895, No. 30 und 31; II. para im 3. Monate gravid. Das Erbrechen sistirt, Besserung im Zustande der Gravida tritt aber nicht ein; Abmagerung und Erschöpfung nehmen zu. Nach künstlichem Abort besseres Aussehen, doch bleibt die Abmagerung dieselbe. Polyneuritis, besonders an den unteren Extremitäten constatirt. Drei Monate nach Einleitung des Aborts stirbt Patientin. Neben der Nervenerkrankung wird ausgebreitete Lungentuberculose gefunden.

7. Fritz Kuehne: „Beitrag zur Lehre von der Hyperemesis gravidarum." Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäcologie, Bd. X., October 1899, Heft 4. Aus der k. Frauenklinik zu Marburg (Herr Geheimrath Ahlfeld). 32jährige I para, zwischen 2. und 3. Schwangerschaftsmonat stellt sich Erbrechen ein, das unstillbar wird. Ueberführung ins Hospital; nach längere Zeit fortgesetzter Behandlung Rectalernährung, Versuch der Hypnose etc. Unterbrechung der Gravidität im ca. 5. Monate. Temp. 39.5, Puls 148. Nach Abfall der Temp. Besserung des Allgemeinbefindens; 8 Tage nach dem Abortus stellte sich Störung des Bewusstseins ein; Puls andauernd sehr frequent. Circa 4 Wochen nach Unterbrechung der Schwangerschaft wird starke Abmagerung der unteren Extremitäten constatirt und eine Polyneuritis unzweifelhaft festgestellt. Etwa ¾ Jahr nach Verlassen der Klinik hat sich die Neuritis etwas gebessert, jedoch ist Patientin noch nicht im Stande, ohne Hülfe zu gehen.

Verfasser spricht die Ansicht aus, dass der Beginn der Polyneuritis wohl schon lange vor Einleitung des künstlichen Abortus zu legen sei.

8. Fall von Mills; Details mir unbekannt.

Die Fälle 1, 2, 6 und 8 konnten nicht von mir im Original eingesehen werden; 1 und 2 sind citirt nach Lunz, Deutsche

Med. Wochenschrift 1894, No. 47; Fall 6 nach Kuehnel. c. und Fall 8 ist erwähnt als hierhergehörig von Stembo l. c.

1018 Sutter Str.

Strict Indications for Obstetric Operations.*

By C. A. von Ramdohr, M D.,

Professor of Obstetrics, New York Post Graduate School, etc.

Mr. President and Fellows of the Obstetrical Society.

Listening to some remarks of a fellow at our last meeting, informing us that some Maternity Hospital used rubber dilators in about 3 per cent. of their cases, it struck me that it would be of the utmost value to show the readers of such remarks that what is proper to do in a hospital in showing students the various instruments and devices for relieving suffering, it must always be made clear that these operations are partly performed for their benefit; of course without hurting the patient, and the same operations may be absolutely contra-indicated in private practice. Thus a forceps may be applied in a lying-in institution perfectly properly for instruction without a strict indication—but always granting strictly scientific, expert supervision, because the absolute benefit derived by the student does not compare at all with the hypothetical injury of the patient. It is perfectly possible and proper for an expert to perform dozens of Duehrssen operations for bloody dilatation with the best assistance and the best skill without infecting the patient, when a general practitioner would have to stay many hours at the bedside and wait for a natural dilatation. Again an expert may make a record in symphyseotomy while the general practitioner would kill the same number of infants and mothers by following his teaching.

Now all knowledge is begotten by experience or instruction, either by precept or ex cathedra. All fellows of our Society are teachers, are sowing their seed broadcast throughout this country—but very little fruit is harvested in the end. We relate our experiences in our Society and have them published. We invite people to our operations and are looked upon as great operators, or we go directly to our pupils and teach them didactically or clinically. There is a great deal of difference in teach-

* Read before the New York Obstetrical Society December 21 1899.

ing an undergraduate, a young graduate, an older man, or a specialist, and yet we hardly ever separate our remarks; on the contrary, we try to make them fit the whole profession.

How would you, for example, consider a statement in one of our newest text books on obstetrics for students and practitioners, where the minor degrees of pelvic contraction of the superior strait at the conjugate are put down 9½ to 8 centimetres, and where the gentleman repeats in brackets for the benefit of his readers, that this corresponds in inches to 3.7401 to 3.1496. If this expert may be able to measure these fractions of inches he is welcome to his knowledge, but he is wrong to burden the mind of the student with such minute details which one out of a million will ever retain. The bad results from such teaching I have unhappily too frequently seen in my professional experience. Right here in New York City, at the center of medical instruction of the Continent, there still occur and have been occurring thousands of cases of puerperal fever brought on by too frequent and injudicious operations. I see in my own consulting practice at least 25 such cases a year, and in a large number too early interference without strict indication is primarily responsible for the disease of the patient. On the other hand, in my connection with the Post Graduate School, I have had occasion to give instruction to several thousand practitioners of medicine and found those remarks on strict indications most appreciated by them. This state of affairs certainly ought to incite us to serious consideration.

First of all by understanding that many remarks which are simply debating speeches are not taken by the profession in general as such, but are occasionally followed as gospel by some into whose hands the unhappy patient may fall.

Secondly, by not making general rules in a specialist's meeting for everybody but differentiating to whom we are talking and laying stress on this fact.

Thirdly, by giving undergraduates only the strictest general indications instead of giving them vague and devious roads by which to arrive at the same result a reasoning which they are not prepared to appreciate.

All obstetric operations are easy of performance if done at the correct time and for a proper indication.

Now what text book gives the proper indication to a man without experience? A high forceps operation done by an expert

with an axis traction forceps is easy of performance for him, but put this same instrument—made for an expert—into the hands of an inexperienced practitioner and he will try to get results which the original inventor had never thought of. A low forceps, on the other hand, can be performed by any individual, and will do the patient no harm, barring an incidental tear which can also be remedied by the same physician.

Again, symphyseotomy, if done with all requisite assistance, with all the caution in expert hands, gives excellent results, but performed in dirty quarters, by inexperienced operators where time might have given the same result, is a more dangerous proceeding than performing version in a neglected shoulder case. The indications in our text books talking, for example of forceps, are so complicated that the young physician gets absolutely bewildered and applies his instrument a great many more times than is absolutely necessary.

Now all modern obstetricians agree that any interference, any too frequent examination, or any unnecessary operation increase the danger to mother or child. Therefore, if for no other reason, operations ought to be avoided wherever possible.

I think we can put all the indications into this rule: "Whenver mother or child are threatened with danger, interference is necessary and indicated."

That means whenever the foetal heart sounds are either increased by 20 or reduced by 20 a minute, whenever meconium appears in head presentations, whenever a tense head swelling becomes doughy, this shows that it is time for the infant to be extracted. On the other hand, when the mother shows an increasing temperature, a heightened pulse, increasing respiration, or sign of collapse, such as hemorrhage, interfere on her account.

The usual mistake in the beginning of labor is the too early artificial dilatation. Unless labor has fully set in and membranes are ruptured, we ought to wait for the obliteration of the cervix and for the dilatation of the os, a thing that is not generally separated in the remarks which are made about dilatation.

Emptying the bladder will frequently help to obliterate the cervix and dilate the os where an artificial dilatation would be absolutely out of place. The subjective symptoms of the hysterical patient, or the pleadings of the family, or the impatience of the

physician ought never to be taken into consideration. A dilatation is only necessary it the confinement is to follow immediately, made necessary by the condition of mother or child.

Forceps ought never to be employed except by an expert unless the head is engaged in the pelvis. This will exclude all those cases of deformed pelvis on account of which the head cannot descend as well as all those cases of monstrosities on part of the infant where the head cannot pass through. It will also exclude any mal-presentations.

Version is either performed to correct a mal-presentation of the fœtus or as a preliminary to quick extraction. This indication will again exclude such cases of contracted pelvis which make it impossible for the infant to pass.

Craniotomy nowadays is only performed on a dead child, and certainly is preferable to an attempted version late in labor or to a symphyseotomy in unfavorable surroundings.

Elective Cæsarian section ought only to be performed by expert laparotomists in the very best of surroundings.

The indication for a symphyseotomy can only be put by an expert obstetrician, and the operation ought never to be performed except by an aseptic operator with a full staff of trained assistants.

The absolute indication for Cæsarian section will be best appreciated if we keep in mind that a medium-sized hand cannot pass through the superior strait. The indications for abortion or premature delivery ought to be much more strictly observed. No vomiting in pregnancy ought to be called uncontrolable until after failure of the usual remedies rectal feeding has been tried.

One of the finest points in choosing the operation is a medium-sized pelvis of three and a half to three inches conjugate diameter, where premature delivery, version and extraction, symphyseotomy or elective Cæsarian section have to compared. The same with the placenta praevia.

Permit me for illustration to cite three cases happening to me some time ago in succession, where three different ways led to the same result, but where each road was indicated by the correct marks.

Case 1. I para, fainting, husband left, nurse had not arrived, head not engaged. I delivered her at once by quick version and extraction.

Case 2. III para. Roomy pelvis, membranes not ruptured,

pains good, strong and regular, head presenting well, not engaged, quite an amount of hemorrhage. Membranes were ruptured and patient was confined spontaneously within ten minutes.

Case 3. II para. Cervix not quite obliterated, but dilatable, head-presentation, head not engaged, very little hemorrhage, good surroundings, good assistants. Bimanual version and easy extraction an hour afterwards.

I think if I had reversed this order of proceedings I would not have succeded in saving mothers and children.

Gentlemen, if I have succeeded in calling your attention to the fact that it is not the operation itself, but that the indication, the condition of the patient, the surroundings are the difficult factors which save or kill the mothers and children. If I have succeeded in calling your attention to the fact that a serious of brilliant successful operations against the rules, or experiments to devise new rules are followed by a crowd of imitators—without your brilliant skill or power of initiative—whose result will prove the very opposite of your intention, if I have succeeded in convincing you that a sharp repartee in debate at a specialist's meeting may work immeasurable harm to some readers of the proceedings. If I have called the attention of the obstetric teachers, not only members of this society, but of the country to the fact that the teaching of strict indications lies at the bottom of the whole teaching of obstetric operations, I have not pleaded in vain.

45 Irving Place.

Editorielles.

Bemerkungen zur rechtlichen Stellung des Arztes.

Unter diesem Titel veröffentlichten wir in der Januarnummer ein von einem hiesigen Collegen uns zugegangenes „Eingesandt", in welchem die Ansicht ausgesprochen ist, dass der gesetzliche Schutz, den der Arzt hier zu Lande geniesst, ein derartiger sei, dass in dieser Beziehung nur wenig zu wünschen übrig sei. In einer diesem Eingesandt beigefügten redactionellen Anmerkung wurde von uns betont, dass wir mit dieser Anschauung aus zum Theil kurz motivirten Gründen nicht übereinstimmen könnten. Kurz nach dem Erscheinen der Januarnummer nun

wurde uns eine kleine Broschüre zugeschickt: „Two Physicians Arrested for Woman's Death", die so recht geeignet ist, unsere Ansicht zu stützen, wie schon aus den als Einleitung vorausgeschickten Worten hervorgeht: „This pamphlet will bring to the minds of physicians the danger attending their professional duties, and it is to be hoped, spur them to take some action to lessen these dangers." Es sei uns daher gestattet, den Gegenstand der genannten Broschüre, deren Verfasser die Drs. Henry R. Purdy und Otto Maier sind, mit einigen Worten zu berühren.

Der Thatbestand, wie er sich aus den Stenogrammen des Coroner's-Inquests ergiebt, ist in kurzen Worten folgender: Dr. Otto Maier wurde am 12. October 1899 zu Frau Nora Seltz gerufen. Er fand dieselbe hoch fiebernd und über Schmerzen klagend in Schulter und Handgelenk, die beide stark geschwollen waren. Ausserdem waren Symptome einer Endocarditis vorhanden. Dr. M. behandelte Pat. demgemäss, sah sie am nächsten Tage wieder und fand ihren Zustand gebessert. Er gab Weisung, ihn zu benachrichtigen, falls Pat. seiner wieder bedürfe. Er hörte dann nichts mehr von dem Falle, bis er am 21. October verhaftet wurde. Am 15. October wurde Dr. Henry R. Purdy zu der Pat. gerufen. Er stimmte der von Dr. M. gemachten Diagnose zu, verschrieb ein Recept und sandte Pat. am nächsten Tage, da sich ihr Zustand nicht gebessert hatte, mit einigen Zeilen in das Bellevue Hospital. Pat. wurde daselbst von Prof. Dr. A. Alexander Smith, Prof. Hermann M. Biggs und den Drs. Beveridge, Holden, Du Bois und Scatterwhite untersucht. Eine positive Diagnose konnte nicht gestellt werden, der Fall war inzwischen noch complicirter geworden, da sich Hirnsymptome eingestellt hatten. Weder aus der Anamnese noch aus dem objectiven Befund konnte ein Abortusfall vermuthet werden. Es war kein Scheidenausfluss vorhanden. In einem später in dem Medical Record erschienenen Bericht heisst es: „the existence of pelvic symptoms was not even recognized or suspected by the doctors, or by the visiting staff of Bellevue, or, in fact, by anyone else, except the astute Coroner's physician."

Pat. starb am 18. October. Coronersarzt Dr. E. J. Donlin nahm eine Autopsie vor. Die klinische Diagnose Endocarditis fand sich bestätigt. Als Todesursache gab der Coronersarzt an: Asthenia from septicaemia following criminal abortion, about six weeks of utero gestation.

Der Fall wurde dann in die Hände des Polizeicapitäns John Delaney gegeben, welcher ermittelte, dass die Drs. Maier und Purdy die Verstorbene vor ihrem Tode behandelt hatten, und einzig und allein aus diesem Grunde (!) die genannten Aerzte verhaftete. Am 27.October fand ein Coroner's-Inquest in dieser Sache statt, und wir können es uns nicht versagen, einige Stellen aus dem Stenogramme der Verhandlung wortwörtlich wiederzugeben.

Aus dem Verhör des Polizeicapitäns Delaney durch den Coroner:

"Q. Tell the jury just what you know of the circumstances, incidents or events connected with the death of Nora Seltz. A. On the 21st inst. I received a communication from the Coroner's office signed „chief clerk," stating that an autopsy had been held on the body of a female named Nora Seltz, at Bellevue Hospital, and the result of the autopsy was that she had died from criminal malpractice. I immediately detailed Detectives Quinland and Walsh to assist me on the case. From the investigation made I found that the physicians that attended the deceased prior to her being taken to the hospital were Dr. Maier and Dr. Purdy, and on that result the arrest was made.

Q. That was the only reason you had for making the arrest—from the fact that they had attended this woman just prior to her having been sent to the hospital? A. Yes, sir."

Aus dem Verhör des Detectivs Walsh:

„Q. Tell the jury what you know of the circumstances, incidents or events connected with the injuries inflicted upon Nora Seltz. A. I was detailed by Captain Delaney on the 21st of this month to go out and investigate this case. I visited her husband at 520 Third Avenue. He told me that his wife had been attended by Dr. Maier, of 315 E. 18th Street, and also Dr. Purdy, of 149 Lexington Avenue.

Q. Did he say that they had been doing anything more than attending her? A. No, sir; he didn't; and I went and seen Dr. Maier, and told him the Captain wanted to see him at the station house. I also went and seen Dr. Purdy, and told him the same thing. After the examination at the station house they were detained there.

Q. And the detention was simply prompted by the fact that they had been known to attend this woman prior to her having been sent to the hospital? A. Yes.

Q. And that only? A. Yes, sir."

Die Aerzte wurden natürlich von aller Schuld entlastet, „exonerated from all responsibility and blame."

Die oben angeführten Stellen mögen genügen, um den Be-

weis zu liefern, dass die beiden Aerzte M a i e r und P u r d y, die nachgewiesenermaassen tadellosen Rufes sind, einzig und allein deswegen verhaftet wurden, weil sie die etc. Seltz vor ihrem Eintritt in das Hospital behandelt hatten, noch dazu aus Barmherzigkeit, da die Pat. mittellos war. Eine Kritik unsererseits dieser Art von Gerechtigkeitspflege ist überflüssig. Lassen wir vielmehr Dr. P u r d y in seinem Bericht an die New York County Medical Association und New York County Medical Society sprechen:

"Under the law as it stands any physician may be arrested without a warrant being served upon him; may be arrested on the most flimsy of pretexts; may be arrested on a suspicion that would be hardly sufficient to hold a pickpocket.

"If a physician is simply called to see a woman who is having, or has had, an abortion, innocent or criminal, he is liable, in case of her death, to be arrested; to have his name appear under conspicuous headlines in the newspapers, and in consequence to suffer in mind, in reputation and in purse—and there is no redress.

"It also appears that abortionists may advertise in the newspapers; they may send circulars to physicians, asking and offering inducements for cases of abortion, and they may grow fat on their ill-gotten gains without molestation by the police, while a reputable physician who is called to save a woman's life, who may perhaps be bleeding to death, is told that, if he dare attempt it alone, he does so at his peril.

"Who can say how many poor women are refused medical attendance and allowed to die because of this barbarous law? Only to-day a physician, a general practitioner, informed me that he could not be hired to take a case of abortion, unless he knew the woman very well; he was afraid—and doubtless there are others.

"In a conversation with that affable gentleman, Coroner Fitzpatrick, I bewailed my fate in having been arrested when there was no evidence whatsoever against me. The Coroner admitted it was most unfortunate in my case, but added that 'there are physicians in this city that are considered reputable, who perform criminal operations.'

"So it would seem that all physicians are under suspicion, and that if they are in any way connected with a questionable case they are supposed to be guilty until they prove that they are innocent.

"What a travesty of justice This, too, in a country that laughs at French justice.

"It may be said that if a man is acquitted no injury is done him. Nonsense To injure a physician it is not necessary to convict him of a crime—the slightest doubt cast upon his honor,

by associating his name with a case of criminal malpractice is sufficient.

"To arrest a physician on mere suspicion is a blunder, but to arrest him when there is no suspicion whatever is a crime. The theory of our law—that it is better that twelve guilty men should go unpunished than that one innocent man should suffer unjustly is beautiful, but, in this city, it seems to be 'more honored in the breach than the observance.'

"Now, there is something wrong, radically wrong, and it behooves us to discover what it is and to apply the remedy. If it is the Coroner's office, the powers of which are certainly autocratic, we should follow the example of Massachusetts and abolish that office.

"If the law is at fault, we should either amend or repeal the law. If we can do nothing to protect ourselves from false imprisonment, we must confess our social and political impotence, a confession that should bring to our cheeks the blush of shame."

Interessant ist ferner noch aus der Aussage des Dr. Purdy bei dem Coroner's-Inquest die folgende Stelle:

"I wish also to state that under the circumstances I would do the very same thing again. I thought her only chance to live was to send her to a hospital, and I did it. When I become an abortionist I won't do such a job as this. If I do, I won't send the patient to the hospital, and I'll never commit a crime for charity."

So weit die Angelegenheit der Drs. Maier und Purdy. Dieselbe liefert eine treffende Illustration und einen schlagenden Beweis dafür, wie Recht wir hatten, wenn wir in der oben erwähnten Anmerkung zu dem Eingesandt in der Januarnummer schrieben: „Jeder, auch der unbescholtenste Arzt läuft bei der Behandlung eines Abortusfalles, gleichviel ob derselbe illegal hervorgerufen wurde oder nicht, Gefahr, im Falle eines letalen Ausganges verhaftet und unter Anklage gestellt zu werden."

Referate und Kritiken.

Atlas der Syphilis und syphilisähnlichen Hautkrankheiten für Studirende und Aerzte. Von Dr. med. Martin Chotzen. Leopold Voss. Hamburg und Leipzig. 1898.

Durch Verhältnisse, die sich unserer Controlle entzogen, sind wir erst jetzt in den Stand gesetzt, den Chotzen'schen Atlas, der durch das Erscheinen des 12ten Heftes seinen Abschluss erreicht, in seiner Gesammtheit zu besprechen. Bei der Beurtheilung der ersten vier Hefte, haben wir uns dahin ausgesprochen, dass der

Atlas nicht den gerechten Anforderungen selbst einer wohlwollenden Kritik entspreche. Diese Ansicht basirte sich nicht zum geringen Theile auf die nur mittelmässig gelungenen Illustrationen der papulösen Efflorescenzen, die allerdings den Schwächepunkt des Atlases bilden. Die seitdem erschienenen Hefte nöthigen uns, das früher gefällte Urtheil zu modificiren, denn in der That bieten die letzten acht Lieferungen eine Fülle schöner Abbildungen dar. Speciell zu erwähnen sind die Tafeln 38 und 39, äusserst gut gelungene Wiedergaben des Leucoderma syphiliticum colli; Tafel 50, Lupus erythematosus capitis darstellend, sowie 51, ein sehr schönes Exemplar der Trichophytosis superficialis circinosa faciei.

Wahre Kunststücke sind die Abbildungen der syphilitischen Affectionen der Zunge, des Larynxs und der Mundschleimhaut. Auf derselben Höhe stehen die der hereditären Syphilis gewidmeten Tafeln. Wir glauben das Werk mit gutem Gewissen empfehlen zu können. Der mässige Preis (36 M.) wird demselben gewiss einen grossen Absatz versichern. Büchler.

Signs and Tests of Death. By Justin Herold, A.M., M.D. New Orleans Medical and Surgical Journal, 1899.

Der durch Abfassung eines Handbuches über gerichtliche Medicin schon bekannte Verf. hat es in verdienstvoller Weise unternommen, die Zeichen des Todes und die Mittel und Wege, den Tod einer Person in sicherer Weise zu constatiren, in einer kleinen Broschüre zusammenzustellen und zu erläutern. Dass er zu einer derartigen Arbeit besonders berufen erscheint, beweist der Umstand, dass ihm in seiner Eigenschaft als Coronersarzt Gelegenheit geboten war, an 7900 Leichen, männlichen und weiblichen, jungen und alten, die Anzeichen des Todes zu studiren und den eingetretenen Tod zu constatiren. Letzterer war Folge von Altersschwäche, Krankheit, Mord und Todtschlag, Selbstmord, Unglückfällen etc. Bei der Definition des Todes macht Verf. einen Unterschied zwischen somatischem und moleculärem Tod. Letzterer tritt nach Ansicht des Verf. erst einige Zeit nach dem somatischen Tode ein. Wir hatten schon Gelegenheit bei der Besprechung des Verf. „Legal Medicine" darzuthun, dass wir hierin mit H. nicht übereinstimmen können. Leider führt H. als Beweis für das Weiterbestehen eines moleculären Lebens nach dem somatischen Tode abermals das schon längst abgethane Märchen von dem Weiterwachsen der Haare, Nägel etc. nach dem Tode in das Treffen. Wenn Verf. sagt, dass beim somatischen Tode Wiederbelebungsversuche des Oeftern von Erfolg begleitet sind, so ist dies unlogisch und im Widerspruch mit dem von ihm selbst einige Zeilen zuvor Gesagten: „The death of the body as a whole is termed somatic death." Wenn Wiederbelebungsversuche erfolgreich sind, dann war eben der somatische Tod noch nicht eingetreten. Im Uebrigen ist die kleine Arbeit recht lesenswerth und Aerzten und Juristen in gleicher Weise zu empfehlen.

Operations-Vademecum für den practischen Arzt. Von Dr. Edmund Leser. Mit 144 Abbildungen. Verlag von S. Karger. Berlin 1900.

Das Buch wendet sich ausschliesslich an die practischen Aerzte, namentlich die Landärzte und die Collegen in kleinen Städten, welche nicht für jeden Fall specialistische Hülfe sofort zur Hand haben. Es soll dem Arzte ermöglichen, sich rasch, eventuell noch kurz vor Vornahme eines chirurgischen Eingriffes nochmals über das Wesentliche zu unterrichten. Für den gedachten Zweck war das Werkchen sicher ein Bedürfniss, und der Verf. ist der Aufgabe, die er bei Abfassung des Buches im Auge hatte, in ganz vorzüglicher Weise gerecht geworden. Es ist in dem Buche nichts zu viel und nichts zu wenig. Besonders genau sind natürlich diejenigen Operationen beschrieben, auf die der Landarzt tagtäglich gefasst sein muss, wie die Tracheotomie, Herniotomie etc. Die Schreibweise ist klar und präcis, die Abbildungen sind schön ausgeführt und instructiv und ergänzen in vortheilhafter Weise den Text. Auch die sonstige Ausstattung des Buches ist eine vorzügliche, und kann dasselbe bestens empfohlen werden.

Handbuch der Prophylaxe. Abtheilung I, Theil 1. Die Prophylaxe bei Frauenkrankheiten. Von Dr. Oskar Schaeffer. Verlag von Seitz & Schauer. München 1900.

In obigem Verlage ist soeben im Erscheinen begriffen das Handbuch der Prophylaxe, herausgegeben von A. Nobiling und L. Lankau. Als Mitarbeiter sind betheiligt: Bing-Wien (Ohrenheilkunde), Fischl-Prag (Kinderheilkunde), Th. S. Flatau-Berlin (Laryngologie), Fuchs-Emmendingen (Psychiatrie), S. Goldschmidt-Reichenhall (Geschichtliches zur Prophylaxe), Hoffa und Lilienfeld-Würzburg (Chirurgie), Max Joseph-Berlin (Haut- und Geschlechtskrankheiten), Königshöfer-Stuttgart (Augenheilkunde), Martius-Rostock (allgemeine Prophylaxe), Mendelsohn und Rosen-Berlin (innere Medicin), O. Schäffer-Heidelberg (Frauenkrankheiten und Geburtshilfe) und Windscheid-Leipzig (Nervenheilkunde). Bei der Wichtigkeit der Prophylaxe in der Medicin und bei der Reihe hervorragender Mitarbeiter darf man dem vollständigen Erscheinen des Werkes, das auf ca. 600 Seiten berechnet ist, mit Freuden entgegensehen. Bis jetzt liegt der 1. Theil der I. Abtheilung, die Prophylaxis bei Frauenkrankheiten von O. Schaeffer vor. Ausgehend von der Pathologie der Sexualorgane theilt Verf. die Prophylaxe bei gynäcologischen Erkrankungen und deren Folgen in fünf Gruppen ein: 1. Bildungsanomalien und Entwicklungsstörungen. 2. Gestalts- und Lageveränderungen. 3. Entzündungen und Ernährungsstörungen. 4. Verletzungen und 5. Neubildungen. Bei jedem einzelnen Capitel ist zweckmässig auseinandergehalten die

Prophylaxe hinsichtlich der primären Ursache oder der Beanlagung zu dem betreffenden Leiden, der Veranlassung zum Zustandekommen des Leidens, der Folgen des Leidens und schliesslich noch hinsichtlich der Folgen typischer Fehler bei der Behandlung der betreffenden Leiden. Leider verbietet es sich, hier näher auf den Inhalt dieses ersten Theiles des Handbuches näher einzugehen, allein so viel lässt sich schon an der Hand der Schaeffer'schen Abhandlung sagen, dass das Handbuch eine bedeutende Lücke in der bisherigen medicinischen Literatur in vortheilhafter Weise ausfüllen wird.

Deutsche Vierteljahrschrift für öffentliche Gesundheitspflege. Organ des „Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege." Redigirt von Dr. A. Spiess und Dr. M. Pistor. XXXI. Band, 4. Heft. Verlag von Friedrich Vieweg und Sohn. Braunschweig 1899.

Nebst den üblichen Kritiken und Besprechungen enthält das vorliegende Heft eine interessante Originalarbeit von Sanitätsrath Dr. Marx: Ueber die Verbreitung der Tollwuth und das Auftreten derselben beim Menschen, sowie die Erfolge der Behandlung in neuester Zeit. Ausserdem enthält das 4. Heft ein ausführliches Repertorium der im Jahre 1898 in deutschen und ausländischen Zeitschriften erschienenen Aufsätze über öffentliche Gesundheitspflege, sowie das General-Register zu Band XXI bis XXX. R.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

Münchener Medicinische Wochenschrift, 1899, No. 50 mit 52; 1900, No. 1.

1) A. Heller (Kiel): Die Aortensyphilis als Ursache von Aneurysmen.

Von klinischer Seite ist schon längst in zahlreichen Statistiken auf das häufige Vorkommen von Aneurysmen bei Syphilitischen hingewiesen worden. Die pathologische Anatomie verhielt sich jedoch bisher ziemlich ablehnend gegen einen Zusammenhang zwischen Aortenaneurysmen und Syphilis. Die Lehre, dass die Aortenaneurysmen Folge der chronischen Endarteriitis oder Arteriosclerose seien, herrscht noch immer vor, obwohl schon die einfache Betrachtung des zeitlichen Vorkommens beider Erkrankungen Zweifel an der Richtigkeit dieser Auffassung erwecken musste. Wenn nun auch lange Zeit die anatomische Begründung für den Zusammenhang zwischen Aortenaneurysma und Syphilis fehlte, so ist dieselbe nach Angabe des Verf. jetzt doch durch Untersuchungen in seinem Institut seit einer Reihe von Jahren geschaffen; es ist somit jetzt die Frage über Ent-

stehung der Aneurysmen durch vorhergehende syphilitische Aortitis spruchreif. Im Jahre 1884 kam in dem Institut des Verf. ein 25jähriger Mann zur Section, welcher neben ausgesprochenen syphilitischen Processen eigenthümliche Veränderungen der Aorta zeigte. Es fanden sich besonders im aufsteigenden Theile an zahlreichen Stellen wie mit höckerigen Punzen ausgetriebene kleine Vertiefungen, in welche die Umgebung mit runzeligen Fältchen hineinzog; gegen das Licht gehalten zeigten diese Stellen starke Verdünnung der Aortenwand. Unter dem Blutdrucke stehend musste diese Aorta aussen wie mit hanfkorn- bis halberbsengrossen Aneurysmen besetzt erschienen sein. Der chronischen Endarteriitis zukommende Veränderungen zeigten sich in diesen Gebieten nicht. Die microscopische Untersuchung zeigte, dass es sich in dieser Aorta um sehr mannigfache Stadien desselben Processes handelte, dessen Endergebniss diese Verdünnungen und Ausbuchtungen waren. Microscopisch fanden sich zahlreiche Neubildungen theils herdweise, theils ausgebreiteter, vielfach deutlich dem Verlaufe der Vasa nutritia folgend; die Mediaelemente waren dadurch in einer mehr oder weniger grossen Ausdehnung an den verdünnten Stellen ganz oder bis auf geringe Reste zerstört, indem die Wucherung sie im Einzelnen zum Schwunde brachte, oder grössere Abschnitte der Media zwischen verschiedenen Wucherungsherden liegend der Necrose im Ganzen verfielen, zerfielen und verschwanden. An den verdünnten Stellen ist durch das narbig schrumpfende Bindegewebe der Herde die Intima bis dicht an die Adventitia herangezogen. Die Intima selbst zeigte auch microscopisch an diesen Stellen keine oder nur ganz geringe Veränderungen. Aehnliche Verhältnisse wie im vorstehenden Falle wurden auch von anderen Autoren beschrieben, und Verf. erwähnt kurz die von diesen gemachten Beobachtungen. Damit glaubt Verf. den Nachweis vom Vorkommen einer syphilitischen Aortitis und ihres ursächlichen Zusammenhanges mit den Aortenaneurysmen geführt zu haben. Jedoch ist er keineswegs gewillt, das Vorkommen von Aneurysmen auf anderer aetiologischer Grundlage zu leugnen. Nur, dass wahre Aneurysmen durch die primäre chronische Endarteriitis entständen, hält er für sehr unwahrscheinlich.

2) Th. Lohnstein (Berlin): Ueber Gährungs-Saccharometer nebst Beschreibung eines neuen Gährungs-Saccharometers für verdünnte Urine.

Im Laufe der Zeit ist eine ganze Reihe von Gährungs-Saccharometern beschrieben worden, die auf dem Princip beruhen, die in einer traubenzuckerhaltigen Flüssigkeit durch Gährung entwickelte Kohlensäure zur Messung des Traubenzuckers zu benutzen. Wenn dieselben im Allgemeinen die Erwartungen nicht erfüllten, so hat dies seinen Grund darin, dass man meist bei ihrer Construction die in Betracht kommenden physicalischen und

geometrischen Factoren aus Unkenntniss ihrer Bedeutung völlig ausser Acht liess, indem man sich von vorneherein auf den Standpunkt der rohen Empirie stellte. Unter a. bleibt bei ihnen nach Maassgabe der Absorptionsgesetze ein erheblicher Theil der im geschlossenen Schenkel des U-Rohrs gebildeten Kohlensäure in der Flüssigkeit absorbirt. Merkwürdiger Weise hat gerade der in dieser Beziehung am fehlerhaftesten gearbeitete Apparat, das Einhorn'sche Saccharometer, die grösste Verbreitung unter den practischen Aerzten gefunden. Während nämlich der bei den Fiebig'schen und Arndt'schen Apparaten über der Flüssigkeit im geschlossenen Schenkel befindliche Luftraum ermöglicht, dass auch bei kleinen Zuckergehalten die gebildete Kohlensäure zum Theil in gasförmiger Form abgegeben wird, kann bei dem Einhorn'schen Apparat, in welchem das Messrohr vollständig mit Urin gefüllt wird und die Gährung somit nicht unter Partial-, sondern unter Totaldruck vor sich geht, gasförmige Kohlensäure erst dann abgeschieden werden, wenn die Flüssigkeit mit Kohlensäure gesättigt ist, d. h. falls der Traubenzuckergehalt der Flüssigkeit 0,25 bis 0,4 Proc. übersteigt. Verf. beschreibt nun einen von ihm construirten Apparat, der die den bisherigen Apparaten anhaftenden Mängel möglichst beseitigen soll. Die nähere Beschreibung dieses Apparates ist in der Originalarbeit nachzusehen.

3) Reuter (Sonderburg a. Alsen): Beitrag zur Indication der Ueberpflanzung ungestielter Hautlappen.

Wie R. an einem Falle nachweist, ist die Verwendung ungestielter Hautlappen nach Krause besonders bei narbigen Contracturen der Gelenke am Platze. Der Werth des Erfolges geht hier parallel dem Grade der Verschieblichkeit und Elasticität der neuen Haut, und darum ist das Krause'sche Verfahren in diesen Fällen entschieden vorzuziehen. Der von R. vorgestellte Fall betrifft ein Kind, das im Alter von 2½ Jahren eine ausgedehnte Verbrennung des linken Beines erlitten hatte; das Thiersch'sche Verfahren hatte ein ungenügendes Resultat ergeben. Frei von Mängeln ist das Ergebniss, welches durch Transplantation ungestielter Hautlappen nach Krause erzielt wurde; hier wurde die Narbe durch einen Querschnitt gespalten und in die so entstandene spindelförmige Wunde ein Hautlappen aus dem Oberarm gelegt. Der Lappen ist noch jetzt nach 3½ Jahren deutlich erkennbar, er hat die Dicke der gewöhnlichen Haut und wird insbesondere an Glätte, Elasticität und Verschieblichkeit von normaler Haut nicht übertroffen. Vor Allem aber hat der Lappen sich in den 3½ Jahren ganz erheblich vergrössert und zwar um das Sechsfache. Es kann kohl keinem Zweifel unterliegen, dass diese Vergrösserung im Wesentlichen darauf zurückzuführen ist, dass der Lappen mit dem kindlichen Körper gewachsen ist.

4) A. Mueller (München): Radtasche für Aerzte, speciell für Geburtshilfe.

5) L. Stumpf: Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im Jahre 1898.

6) Th. Paul und O. Sarwey: Experimentaluntersuchungen über Händedesinfection. (Aus dem bacteriolog. Laboratorium der Universitäts-Klinik in Tübingen.)

Die vorliegende Abhandlung vervollständigt eine früher erschienene, in gleicher Weise betitelte Arbeit. Die Verf. fassen die Ergebnisse ihrer Untersuchungen in folgenden Sätzen zusammen: Normale, mit zahlreichen Keimen behaftete Tageshände erleiden durch die Heisswasseralcoholdesinfection eine derartige Aenderung in ihrer bacteriologischen Beschaffenheit, dass ihnen im Vergleich zu vorher nur sehr wenige Keime mit harten Hölzchen entnommen werden können. Nach längerem Aufenthalt der Hände in warmem Wasser und wiederholter mechanischer Bearbeitung wird die Abnahme von mehr oder weniger zahlreichen Keimen in allen Fällen ermöglicht. Aus den angestellten Versuchen geht mit Bestimmtheit hervor, dass im Gegensatz zu Ahlfeld's Behauptungen die Hände mittels der Heisswasseralcoholdesinfection nicht keimfrei gemacht werden.

7) Th. Janisch: Ueber Wirkung und Anwendung des Dionin bei Erkrankungen der Athmungsorgane. (Aus der medic. Universitäts-Poliklinik in Halle a.. S.)

Auf die Empfehlung von Prof. v. Mering wurde das Dionin von der Firma E. Merck vor einem Jahr in den Handel gebracht. Das Dionin ist salzsaures Aethylmorphin, bildet ein weisses, crystallinisches Pulver von schwach bitterem Geschmack und ist leicht löslich in Wasser, Alcohol und Syrup. Aus seinen klinischen Beobachtungen über die Wirkung und Anwendung des Dionins bei den Erkrankungen der Athmungsorgane leitet Verf. folgende Erfahrungen ab: Sehr zufriedenstellend sind die bei Phthisikern zu erzielende Erfolge. Die schlafbringende Wirkung des Dionins tritt durchschnittlich prompt ein, selbst bei einzelnen Fällen, die schon, allerdings nur kurze Zeit, kleine Morphiumdosen erhalten hatten. In Fällen vorgeschrittener Erkrankung, besonders solchen, bei denen der Kehlkopf erheblich afficirt ist und längere Zeit bereits Morphium in grösseren Dosen gegeben worden war, liess das Mittel meistens im Stich, selbst durch Tagesgaben von 0,06 bis 0,075 Dionin wurde nur selten Schlaf erzielt. Allgemein wurde von den Patienten anerkannt, dass sie von einem Benommensein des Kopfes nichts verspürten; Uebelkeit oder Erbrechen sind nie vorgekommen. In einem Falle wurden die bestehenden Diarrhöen günstig beeinflusst, während andererseits nie über aufgetretene Obstipation geklagt

wurde. Je länger die erzielte Nachtruhe war, umsomehr sammelte sich dann natürlich das Secret an, das Morgens leicht expectorirt wurde. Daraus erklärte sich die Angabe mancher Patienten, dass sie „mehr Auswurf" hätten wie früher. Die Nachtschweisse wurden meist günstig beeinflusst, indem sie seltener oder nicht mehr so profus auftraten. Die Brustschmerzen liessen bei geringeren Graden gleich nach, während heftige Schmerzen gemildert wurden. Eine besondere Betonung verdient der vorzügliche Einfluss des Dionins auf die Linderung des Hustenreizes. Bei frischen Phthisen, der Lungen sowohl wie des Kehlkopfs, war die Wirkung eine durchaus zuverlässige, in den vorgeschrittenen Fällen von Lungenschwindsucht, auch ohne Larynxbetheiligung, schwächte sich aber nach 3—4wöchigem Gebrauch die Wirkung ab; in diesen schweren Fällen ist das Morphium nicht zu entbehren. Sehr günstige Erfolge wurden mit Dionin bei chronischer Bronchitis, bei Emphysem und Asthma beobachtet. Die früher aufgetretenen asthmatischen Anfälle blieben unter Dioningebrauch 3 und 4 Wochen ganz aus, die Athmung war leicht, „die Brust freier." Es scheint, dass für diese Krankheitsformen das Morphium ganz entbehrt werden kann.

Was die Verordnungsweise des Dionins betrifft, so giebt man dasselbe am besten in gleicher Dosis wie Codein, also tagsüber 2 bis 3 mal 0,02 g oder Abends 0,03—0,04 g, etwa nach folgenden Formeln:

Rp. Dionin 0 5
Syr. simpl. 100.0
Ds. Abends 1 Theelöffel voll zu nehmen.

Rp. Dionin. 0 3.
Rad. et Succ. Liquir. q. s. ut f. pil. No. XXX
S. 3—4mal täglich eine Pille oder Abends 2—4 Pillen.

Für Kinder verschreibt man:

Rp. Dionin. 0.1
Syr. simpl. 100.0
Ds. Abends 1 Theelöffel oder 2—3mal täglich ½ Theelöffel.

8) Meltzer: Ueber Dionin. (Aus der k. Pflegeanstalt Colditz i. S.)

Nach den von M. gemachten Erfahrungen ist das Dionin namentlich in seiner schmerzstillenden Wirkung milder als Morphin, dagegen stärker und nachhaltiger als Codein und besitzt weder die üblen Nebenerscheinungen der genannten Präparate, noch den kratzend bitteren Geschmack des Peronins, dem es in seiner sedativen Kraft ebenfalls überlegen ist. Therapeutisch wird es mit Erfolg zur Linderung des Hustens bei den verschiedensten Respirationskrankheiten, zur Schmerzstillung und bei localer Application als lymphtreibendes Mittel bei verschiedenen Augenkrankheiten verwendet. M. hat mit Dionin auch Depressionen und Erregungszustände leichten und mittleren Grades bei chronischen Hallucinanten und Melancholischen erfolgreich bekämpft und in den gleichen Fällen einen günstigen Einfluss

auf die Herbeiführung des Schlafes gesehen. In physiologischer Hinsicht kann hervorgehoben werden, dass es im Gegensatz zu Morphin die Athmung und deswegen auch die Expectoration nicht beeinflusst. Daher dürfte es auch bei respiratorischer Dyspnoe gegeben werden können, bei der ja Morphin im Allgemeinen contraindicirt ist. Endlich lässt sich Dionin unbedenklich längere Zeit anwenden, da es nicht wie Morphin einen euphorischen Zustand erzeugt und rasch wieder ausgeschieden wird. Durch diesen Umstand, sowie durch den Vorzug leichter Löslichkeit, die seine subcutane Anwendung gestattet, ist es berufen, bei Morphiumentziehungscuren eine hervorragende Rolle zu spielen.

9) A. Boettiger (Hamburg): Ein Fall von Akromegalie, complicirt durch Erscheinungen der Raynaud'schen Krankheit.

Verf. bespricht im Anschluss an den mitgetheilten Fall in ausführlicher Weise die Pathogenese der Acromegalie. Mit der Hypophysistheorie kann er sich nicht einverstanden erklären, er sieht vielmehr die Ursache des Leidens in einer Vergiftung des Körpers wahrscheinlich durch Leucomaine unbekannter Art; die Wirkung dieser Leucomaine äussert sich ebenso wie bei anderen toxischen Erkrankungen zuerst an den Körperenden und zwar in hypertrophischen und hyperplastischen Processen. Nun liegt den „Drüsen mit unbekannter Function" wahrscheinlich die Bildung von Gegengiften ob, und ihre Hyperfunction führt zur Hypertrophie derselben, und zwar am ausgeprägtesten in der Hypophysis. Diese selbst verändert sich also anfänglich stets im Sinne einer einfachen Hypertrophie und Hyperplasie und erleidet erst später durch andere Ursachen weitere Modificationen und heterologe Veränderungen.

10) E. Unger und E. Portner: Der Werth des Harnnährbodens für die Typhusdiagnose.

Die Verf. haben die Angaben, die Piorkowski über das Wachsthum der Typhusbacillen und des Bacterium coli auf Harnnährböden gemacht hatte, einer Nachprüfung unterzogen. Der Nährboden besteht nach Piorkowski's Angaben aus Harn, der nach zweitägigem Stehen im Brustschrank alkalisch geworden ist, mit einem Zusatz von 3,3 Proc. Gelatine und 0,5 Proc. Pepton. Ist der Harn zu stark alkalisch, so wird der Nährboden reich an Crystallen, während das Wachsthum der Bacterien völlig gehemmt sein kann. Die Verf. untersuchten 31 klinisch sichere Typhusfälle und fanden in der That innerhalb der von Piorkowski angegebenen Zeit zwei Arten von Colonien: 1. Hellbraune, kreisrunde Scheiben, welche sich durch Abimpfung als Bacterium coli erwiesen. 2. Kleinere, wasserklare Colonien, die einen ovalen oder fast viereckigen Körper besassen, von dem eine verschieden grosse Anzahl „spirochaetenähnlicher" Ausläufer entsprang. Diese gehen vereinzelnt oder

in Büscheln vom Körper aus und verästeln sich bisweilen. Sie sind meist 3 bis 4 mal so lang als der Körper, doch zeigten sich auch ganz kurze, stummelartige, wie andererseits wesentlich längere Formen. Die langgefaserten Colonien ergaben bei Abimpfungen stets Typhus. Die kürzer gefaserten Colonien entwickelten meist Typhusculturen, bisweilen jedoch auch Bacterium coli. Also auch auf Harnnährboden kann das Bacterium coli im Aussehen mit dem Typhusbacillus übereinstimmen.

Für den Gebrauch des Culturverfahrens zu diagnostischen Zwecken sind folgende Punkte von Bedeutung: 1. Fehlen gefaserte Colonien in mehreren Aussaaten, so liegt kein Typhus vor. 2. Zahlreiche langgefaserte Colonien sind für Typhus beweisend. 3. Kürzer gefaserte Colonien sprechen im Verein mit klinischen Zeichen für Typhus, sind aber ohne sie nicht zu verwerthen. Sicherheit bringt erst die weitere bacteriologische Prüfung.

11) F. Köhler: Dermatitis herpetiformis. (Aus der medicin. Klinik zu Jena.)

K. beschreibt einen Fall dieser verhältnissmässig seltenen Hautaffection bei einer 21jährigen Patientin. Characterisirt ist die Krankheit durch folgende 4 Cardinalsymptome: 1. Aus einem erythematös vesiculösen oder bullösen Grundtypus hervorgehende Polymorphie mit herpetischer Anordnung. 2. Cutane oder auch tiefer sitzende Paraesthesien. 3. Fast constante Recidive. 4. Relativ gutes Allgemeinbefinden. Eine Therapie war vollkommen erfolglos.

12) A. Gessner: Zur Feststellung des Carcinoma uteri. (Aus der Erlanger Universitäts-Frauenklinik.)

Der Inhalt der Arbeit gipfelt in dem Satz: Die Probeauskratzung der Gebärmutterhöhle und des Halscanales setzt uns in den Stand, Krebserkrankungen schon zu einer Zeit sicher festzustellen, in der die übrigen Untersuchungsarten uns im Stiche lassen.

13) K. Witthauer (Halle a. S.): Chorea und Fieber.

W. beschreibt zwei Fälle von Chorea, in welchen nach seiner Auffassung ein intercurrent auftretendes Fieber die Veranlassung war, dass die Zuckungen geringer wurden und nach wenigen Tagen verschwanden.

14) O. Seifert (Würzburg): Tuberculose des Thränennasencanales.

Eine primäre tuberculöse Erkrankung der gesunden Schleimhaut des Thränenschlauches kann sich S. nicht vorstellen, da die durch die Thränenflüssigkeit bedingte Abfuhr sämmtlicher im Bindehautsack vorkommenden Microorganismen nach der Nase unter normalen Verhältnissen eine ausserordentlich rasche und

vollständige ist, wie die Versuche von Bach erweisen. Ein anderes Verhältniss tritt ein, sobald der Thränenschlauch schon anderweitig erkrankt ist, sei es in Form einer catarrhalischen Entzündung, sei es in Form einer Verengerung am nasalen Ende durch irgend welche Processe. Wenn dadurch das Epithel gelockert oder in anderweitiger Weise verändert ist, die Thränenabfuhr zu gleicher Zeit gehindert, vermögen Tuberkelbacillen einen günstigen Nährboden zu ihrer Weiterentwickelung finden, und es kann eine primäre tuberculöse Erkrankung des Thränenschlauches zu Stande kommen. Für den Weg, den die Infection nehmen kann, scheinen drei Möglichkeiten zu bestehen: 1. Die Infection von den knöchernen Wandungen des Thränenschlauches; 2. die Fortleitung der Erkrankung von der Nase aus und 3. die Fortleitung von der Bindehaut des Auges aus. Nach den Erfahrungen von S. scheint der zweite Weg, der von der Nase aus, der häufigere zu sein und die rhinologische Behandlung solcher secundärer Thränenschlauchtuberculose ziemlich zufriedenstellende Resultate zu ergeben.

15) C. G. Santesson: Nocheinmal die Athmungswirkung des Heroins. (Aus dem pharmakolog. Laboratorium des Carolinischen Instituts in Stockholm.)

S. kann nunmehr die von A. Fraenkel (in No. 46 der Münchener Med. Wochenschrift) gemachten Angaben (ref. in ds. Monatsschr. gegenw. Jhrg., S. 31) betreffs des Heroins bestätigen.

16) C. Gerhardt: Blaublindheit bei Schrumpfniere.

Im Jahre 1897 machte Arthur König eine Mittheilung über Blaublindheit, die sich auf Untersuchung von Kranken bezieht. Inzwischen hat G. öfters Nierenkranke nach ihrer Fähigkeit, Farben zu unterscheiden, gefragt. In zwei Fällen erhielt er Antworten, die auf Blaublindheit grösserer Theile des Gesichtsfeldes hinzuweisen schienen. Der eine Fall betraf einen älteren Lehrer, der, an vorgeschrittener Schrumpfniere leidend, auch über Abnahme des Sehvermögens klagte. Auf die Frage, ob er alle Farben gleich gut unterscheiden könne, antwortete er: Ja, alle ausser Blau; wenn ich in meinem Garten gehe, wundere ich mich immer, dass die Astern mir wie schwarz vorkommen. Der zweite Fall betraf einen hochbetagten Handelsmann, der, schon seit mehreren Jahren an Nephritis schwer leidend, durch Digitalis und ähnliche Mittel noch am Leben erhalten wurde und über Abnahme des Sehvermögens klagte. Von vorgehaltenen Gegenständen erkannte er die Farben richtig, ausser Blau, das er für Schwarz hielt.

17) Krönig: Klinische Versuche über den Einfluss der Scheidenspülungen während der Geburt auf den Wochenbettverlauf. (Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Leipzig.)

Zur Entscheidung der Frage, ob eine Desinfection des Scheidencanals intra partum nothwendig ist oder nicht, wurden in der Zweifel'schen Klinik Versuche angestellt, über welche K. in der vorliegenden Arbeit berichtet. Die auf diese Weise zu Gebote stehende Statistik von 1100 Geburten ist zwar noch nicht gross genug, um die Frage nach dem Einfluss der Scheidenspülungen auf den Wochenbettsverlauf zu entscheiden, allein soviel scheint sich daraus doch im Zusammenhang mit einer früheren Statistik von Bayer an der Zweifel'schen Klinik, die 3482 Geburten umfasst, zu ergeben, dass eine prophylactische Scheidenausspülung in der Geburt zum Mindesten unnöthig ist. Die Versuche in dieser Beziehung sollen noch über weitere 2000 Geburten ausgedehnt werden.

18) H. v. Tappeiner: Ueber die Wirkung fluorescirender Stoffe auf Infusorien nach Versuchen von O. Raab. (Aus dem pharmakolog. Institut München.)

Die ganz ausserordentlich starke Wirkung der Phenylacridine auf Infusorien (dieselben tödteten noch in einer Verdünnung von 1:1,000,000 in wenigen Stunden) veranlassten T., die Muttersubstanz des Acridin resp. dessen wasserlösliches Chlorid untersuchen zu lassen. Das Untersuchungsobject war Paramaecium caudatum, die Beobachtungen geschahen am hängenden Tropfen in feuchter Kammer. Es zeigte sich, dass auch das Acridin stark giftig ist, wenn auch lange nicht in dem Grade, wie sein Phenylderivat. Paramaecien mit Acridinlösung 1:20,000 versetzt starben bei Sonnenlicht in 6 Minuten, dem zerstreuten Tageslicht ausgesetzt in ca. 60 Minuten, ganz im Dunkeln gehalten, waren sie noch nach 60,000 Minuten (100 Stunden) am Leben.

Die angestellten Versuche lassen sich einstweilen in folgende Sätze zusammenfassen: Licht gewinnt bei Gegenwart von Acridin, Phenylacridin, Eosin, Chinin in Verdünnungen, in denen diese Stoffe für sich allein (im Dunkeln) entweder gar nicht oder nur noch sehr wenig giftig sind, einen stark schädigenden Einfluss auf Paramaecien. Diese Wirkung steht mit der Eigenschaft genannter Stoffe, zu fluoresciren, in genetischem Zusammenhang. Das Schädliche liegt indess nicht im erzeugten Fluorescenzlichte, sondern im Vorgange der Fluorescenzerregung selbst.

19) Rieger (Würzburg): Ein sonderbarer Influenzaausbruch auf der Haut, bei mir und in meiner Umgebung.

20) A. Einhorn (München): Ueber ein neues Guajacolpräparat.

Es handelt sich um das salzsaure Diaethylglycocoll-Guajacol, das nach E. 1. das einzige leichtlösliche Guajacolpräparat ist, welches im Organismus Guajacol abspaltet; 2. eine ganz ungiftige

Verbindung ist, nicht ätzt, leicht resorbirt wird und anästhesirend, antiseptisch und desodorisirend wirkt; 3. ohne Aufstossen und Erbrechen oder sonstige Schädigungen zu verursachen in grossen Dosen bis zu 12 g täglich per os (Dosirung 3 g in Oblate) oder subcutan verabreicht werden kann und dadurch berufen zu sein scheint, bei der Behandlung der Tuberculose eine Rolle zu spielen; 4. tuberculöse Diarrhoen sofort sistirt; 5. als Desodorans bei Ozaena, Stomatitis, jauchigen Carcinomen etc, geeignet ist; 6. als Antisepticum und leichtes Anästheticum bei der Blasendesinfection und in der Augenheilkunde Verwendung finden kann.

21) v. Ammon: Zur Diagnose und Therapie der Neugeborenen. (Aus der K. Universitäts-Augenklinik in München.)

Der Verf. fasst seine Erfahrungen in dieser Beziehung in folgendem Resumé zusammen: Die Therapie der Augeneiterungen Neugeborener kann im Beginne der Erkrankung nicht reizlos genug sein. Dass dieser Grundsatz richtig ist, kann man daraus schliessen, dass bei mit gesunder Hornhaut in die Behandlung gekommenen 48 gonorrhoischen Fällen keine Hornhautgeschwüre aufgetreten sind. Man kann deshalb alle Medicamente, die unter Umständen Schaden verursachen, bei der Behandlung der Augeneiterung Neugeborener entbehren, so dass man nicht mehr zu sagen braucht, die Ophthalmogonorrhoe der Neonati sei sowohl an sich eine sehr gefährliche Erkrankung, als auch in Hinsicht auf die dabei zur Anwendung kommenden therapeutischen Mittel.

Centralblatt für innere Medicin, 1899, No. 47 mit 52; 1900 No. 1 mit 2.

1) B. Bendix (Berlin): Die Ammoniakausscheidung bei den Ernährungsstörungen der Säuglinge.

Der Artikel enthält Bemerkungen zu den unter obiger Ueberschrift in No. 42 des Centralblattes mitgetheilten Auseinandersetzungen Keller's (ref. in ds. Monatsschr., Jhrg. 1899, S. 561), welche sich mit zwei von B. über den gleichen Gegenstand angestellten Arbeiten und mit der Beurtheilung dieser von Seiten einiger anderer Autoren befassen.

2) Keller (Breslau): Bemerkungen zu obigem Artikel.

3) G. Edlefsen (Hamburg): Zum Nachweis des Phenetidins im Harn.

Bei Phenacetingebrauch findet man nach Friedrich Müller im Harn kein unverändertes Phenacetin oder Acetphenetidin, dagegen lässt sich sowohl im alkalischen Aetherextracte des Harns als auch im Harn direct die Anwesenheit von Phenetidin nachweisen: Führt man nämlich das Phenetidin in die Diazoverbin-

dung über, so giebt diese mit α-Naphthol eine prachtvoll purpurrothe, mit Phenol eine gelbe Farbe. E. hat nun, so oft sich ihm die Gelegenheit bot, immer wieder versucht, genau nach der Vorschrift von Fr. Müller das Phenetidin im Harn nachzuweisen, aber immer mit demselben negativen Erfolg. Nach vielfachem vergeblichem Probiren kam E. auf die Vermuthung, dass das Phenetidin nach dem Gebrauche von nicht sehr grossen Dosen Phenacetin wohl nur als Aetherschwefelsäure im Harn vorhanden sein, und dass daher auch zum Zwecke der Anstellung der Müller'schen Indonaphtholreaction die vorherige Trennung desselben aus dieser Verbindung durch Kochen mit Salzsäure erforderlich sein dürfte, und nach dieser Vorbereitung hat er seitdem in jedem Phenacetinharn, selbst wenn nur wenig Phenetidin in demselben zu vermuthen war, die Reaction immer auf das Schönste gelingen sehen. Die Art der Ausführung der von E. angegebenen Methode ist in der Originalarbeit nachzusehen.

4) L. Ferrannini: Anomalien des Körperbaues bei Kardioptosis. (Aus der Allgem. med. Klinik der Universität Palermo.)

Als Ursachen für die Verlagerungen des Herzens galten bisher nur mechanische Momente, eine anhaltend wirkende, auf das Herz von innen oder aussen einen Einfluss ausübende Kraft, die dasselbe nach dieser oder jener Richtung hin zieht oder schiebt und so seine Lage oder Statik verändert, d. h. die Verlagerung des Herzens galt mehr als ein secundärer Factor, der letzte Ausdruck eines krankhaften Zustandes, der schon durch verschiedene andere noch wichtigere Veränderungen characterisirt ist. Es giebt jedoch eine primäre, essentielle Ptosis des Herzens, auf die zuerst Rummo die Aufmerksamkeit gelenkt hat. In diesen Fällen stellt die Ptosis des Herzens eine primäre und oftmals auch isolirte Erkrankung dar, welche absolut nicht in Verbindung steht etwa mit einer Vergrösserung der Organe oder sonst mit irgend einem mechanischen Factor, sondern einzig und allein abhängig ist von einer essentiellen Alteration seiner Aufhängeapparate. F. schildert nun 4 Fälle von mit Herzptosis behafteten Kranken, die recht einwandfrei die Bedeutung einer angeborenen, vielleicht hereditären krankhaften Anlage des Gefässsystems, die die Ptosis des Herzens verursacht und den ganzen Circulationsapparat in Mitleidenschaft zieht, speciell das elastische Bindegewebe desselben, beweisen.

5) F. Aporti: Ueber die Entstehung des Hämoglobins und der rothen Blutkörperchen. (Aus der med. Poliklinik der Universität Parma.)

A. stellte an Hunden Versuche an zur Beantwortung folgender Fragen: 1. Wie verhalten sich Blutkörperchen und Hämoglobin gegenüber dem Aderlasse und der eisenfreien Nahrung? 2. Welchen Einfluss üben bei Wiederherstellung der Blutmasse

Arsen resp. Eisen aus bei Thieren, die unter diesen Bedingungen gehalten werden?

Die Untersuchungen führten zu folgenden Schlussfolgerungen: 1. Es existirt unzweifelhaft eine gewisse Unabhängigkeit zwischen der Bildung des Hämoglobins und der rothen Blutkörperchen. 2. Es giebt Stoffe, welche nur die Bildung der rothen Blutkörperchen anregen, einer der ersten ist das Arsen. 3. Es giebt Stoffe, welche hauptsächlich, ja fast ausschliesslich, auf die Hämoglobinbildung einen Einfluss ausüben, vor Allem das Eisen.

6) D. R. v. Bleiweis: Ueber alimentäre Glycosurie e saccharo bei acuten fieberhaften Infectionskrankheiten. (Aus der med. Klinik des Prof. Kraus in Graz.)

Poll und de Campagnolle haben in längeren Versuchsreihen zuerst nachgewiesen, dass bei acuten fieberhaften Infectionskrankheiten alimentäre Glycosurie e saccharo sehr häufig beobachtet werden kann. B. ist nun im Stande, eine weitere kleine Versuchsreihe dieser Art mitzutheilen. Entsprechend dem Vorschlage Naunyn's hat er in jedem Falle nur 100 g reinen , wasserfreien Traubenzuckers verabreicht. Der Untersuchung wurden natürlich nur Kranke unterzogen, welche vorher keine Glycosurie aufwiesen. Zur Constatirung dieser Thatsache wurde nicht nur eine einmalige Harnuntersuchung herangezogen, sondern in jedem Falle wiederholt, insbesondere auch der vor Beginn des Versuches gelassene Morgenharn jedes Mal noch auf Freisein von Zucker untersucht. Das Ergebniss der Versuche ist im Allgemeinen übereinstimmend mit jenem Poll's und de Campagnolle's. Besonders bemerkenswerth in der von Verf. angestellten Versuchsreihe sind aber die hohen Werthe der Zuckerausscheidung; sie beweisen, wie weit bei acuten fieberhaften Infectionskrankheiten die Assimilationsgrenze des Traubenzuckers herabgesetzt sein kann.

Centralblatt für Chirurgie, 1899, No. 47 mit 52; 1900, No. 1 mit 2.

1) A. Fraenkel (Wien): Ueber Radikaloperation der Leistenbrüche von Säuglingen.

F. lässt für die Hernien des Kindesalters dieselbe Indicationsbreite gelten wie für jene der Erwachsenen. Unter 68 Kindern, die er wegen ihrer Leistenhernien radical operirt hat, finden sich 16 Säuglinge. Er hat 4 mal incarcerirte Hernien an Säuglingen operirt, und zwar jedes Mal mit Anschluss der Radicaloperation nach Bassini. Der überaus glatte Verlauf dieser 4 Operationen hat ihn veranlasst, in weiteren 12 Fällen auch bei freien Hernien des Säuglingsalters — das jüngste Kind war 2 Monate alt — die Radicaloperation des Bruches durchzuführen. F. glaubt mit gutem Gewissen behaupten zu können, dass die Säuglinge unter

der Bruchbandbehandlung mit der unvermeidlichen Consequenz der Irritation der Haut durch die koth- und urinbeschmutzten Bruchbänder unverhältniss mehr zu leiden hatten, als durch die Operation.

In technischer Hinsicht bietet die Hernienoperation an Säuglingen kaum irgend welche Besonderheiten dar. Bei der grösseren Zartheit der Gewebe wird eine vorsichtigere Manipulation zur selbstverständlichen Voraussetzung, die namentlich bei der Ablösung vom Samenstrange besonders in Betracht kommt. So innig auch diese Verbindung in den meisten Fällen sich erweist, so gelingt doch die völlige Isolirung des Bruchsackes bei einiger Uebung und durch Erfahrung erleichterte Orientirung in allen Fällen, und je leichter und besser sie gelingt, um so geringer wird die örtliche Reaction nach dem Eingriffe sich gestalten.

2) Matthaei (Danzig): Die Alcoholnarcose.

Zu Versuchen, mit Alcoholdämpfen zu betäuben, fordert die Erwägung auf, dass die Trinker mit ihrem kranken Herzen, sowohl die Biertrinker mit ihrem erweiterten und vergrösserten, als auch die Schnapstrinker mit ihrem entarteten und schlaffen Herzen, voraussichtlich durch das gewohnte Mittel nicht so gefährdet werden, wie durch Chloroform und Aether. Alcohol siedet bei 78°. Deswegen ist es bei gewöhnlicher Zimmerwärme schwer, die genügende Menge Alcoholdämpfe zu gewinnen. Die zweckmässigste Wärme des Alcohols erschien Verf. 50° C., im Allgemeinen zwischen 50—60° C. Höhere Temperaturen verursachten unnütze Verschwendung. Die gewöhnlichen Masken zum Aufträufeln sind unbrauchbar, weil der Spiritus durchtropft. Zweckmässig erwies sich der Kappeler'sche Chloroformapparat vom Optiker Falkenstein in Konstanz.

Versuche am Kaninchen zeigten zunächst, dass die Narcose mit Alcoholgas allein zu lange dauert (20 Minuten) und nicht sehr tief ist. Giebt man ihnen aber unmittelbar vorher ein Clystier von 3—5 g Spiritus auf 10—15 g Wasser, so erfolgt dann die weitere Narcose mit Alcoholdämpfen in 2—3 Minuten. Das Clystier wirkt in 2—3 Minuten, erzeugt aber allein die Narcose nicht. Vom Magen aus wirkt dieselbe Menge langsamer und entschieden unsicherer.

Die Alcoholnarcose könnte nach diesen Vorgängen zuerst am besten an betrunkenen Säufern geprüft werden, die wegen Verletzungen operirt werden müssen. Sie brauchen natürlich kein Alcoholclystier mehr zu bekommen. Kinder und enthaltsame Frauen bereitet man durch ein Weinclystier vor, desgleichen von der Jugend auf enthaltsame Männer.

3) Sticher: Ein einfacher Kontrollapparat für Dampfsterilisiröfen. (Aus der Universitätsfrauenklinik zu Breslau.)

Die Beschreibung des sehr einfachen und practischen Apparates ist in der Originalarbeit nachzulesen.

4) R. Panse (Dresden): Zu Prof. Küster's osteoplastischer Aufmeisselung des Warzenfortsatzes.

P. bezeichnet Küster's Vorschlag der osteoplastischen Aufmeisselung des Warzenfortsatzes gegenüber der von Stacke angegebenen Methode als einen so erheblichen Rückschritt, dass nicht schnell genug vor ihm gewarnt werden kann, da die Technik schlecht und das Resultat jedenfalls ein ungünstigeres ist als nach Stacke's Plastik oder nach der von P. angegebenen.

5) C. Hofmann: Ueber Ganglienbildung in der Continuität der Sehnen. (Aus der chir. Abth. des St. Marienhospitals in Bonn.)

H. schildert einen Fall, der klinisch als Ganglion des Fussrückens diagnosticirt worden war, und bei dem sich bei der Exstirpation des Tumors ergab, dass es sich um eine Bildung innerhalb der Sehne des Musculus peroneus tertius handelte, und dass sich an beiden Polen die Substanz der Sehne kegelförmig ausbreitete, eine membranöse Beschaffenheit angenommen hatte und eine in Form und Grösse einer Pflaume entsprechende, prall gespannte Geschwulst bildete. Der Inhalt des cystischen Tumors bestand aus einer zähen, farblosen, fadenziehenden Masse, ganz ähnlich dem Inhalte, den wir bei den gewöhnlichen Ganglien zu finden gewohnt sind.

6) F. Karewski (Berlin): Zur Radicaloperation der Leistenbrüche bei Säuglingen.

Die Veröffentlichung A. Fraenkel's (s. oben) über die günstigen Resultate, welche er mit der Radicaloperation von Leistenhernien bei Säuglingen nach der Methode von Bassinier erzielt hat, giebt K. Anlass, von Neuem darauf hinzuweisen, dass bei so jungen Kindern die Beseitigung des Leistenbruchs nicht der complicirten Methoden, zu denen doch immerhin das Verfahren Bassini's gehört, bedarf. So sicher es anzuerkennen ist, dass die Jugend des Individuums keine Ursache sein darf, die operative Beseitigung eines Bruchleidens abzulehnen, so sicher steht fest, dass die überwiegende Mehrzahl kleiner Brüche bei Säuglingen unter dem Gebrauche eines Bruchbandes zur Heilung kommt. Nur die Unmöglichkeit, ein Bracherium benutzen zu lassen, weil es nicht vertragen wird oder den Bruch nicht zurückhält, die Thatsache, dass der Bruch trotz eines gut sitzenden Bandes nicht verschwindet oder gar sich vergrössert, oder schliesslich eine irreponible oder wiederholte Incarceration sollte im ersten Lebensjahre die Operation indiciren. Wenn die Erfolge einer Operation auch noch so günstig sind, sie erzielen zunächst doch nicht mehr als die so häufige Heilung unter dem Bruchbande.

Erscheint aber die blutige Behandlung einer Hernie bei einem Säugling indicirt, so muss die einfachste Methode, welche schnell und ohne Gefahren ausgeführt werden kann, den anderen vorgezogen werden, sofern sie gleich zuverlässig wie diese ist. K. hat bereits früher darauf hingewiesen, dass die Unterbindung des von der Bruchstelle abgelösten Peritonealüberzuges die einfachsten Wundverhältnisse giebt, dass sie die kürzeste Heilungsdauer erfordert und keine Recidive zulässt, offenbar weil die natürliche beim Wachsthum sich einstellende Veränderung des Leistencanals eine dauernde Sicherung nach Fortschaffung der Peritonealausstülpung schafft. Die Ausführung der Operation kann bei einiger Uebung in 3—5 Minuten vollendet sein, ein Vorzug, der bei Säuglingen, die unter länger dauernden Operationen oft schwer leiden, sehr ins Gewicht fällt.

7) J. Kalabin (Moskau): Zur Frage von den Veränderungen in der Schleimhaut des Darmes und der Nieren nach der Implantation des Harnleiters in den Darm.

K. vollzog im Frühjahr des Jahres 1898 an 4 Hunden per laparotomiam die Implantation eines Harnleiters in den Darm. Die Resultate dieser Operationen waren folgende: In 2 Fällen erfolgte der Tod in Folge von Peritonitis, in einem Falle in Folge von Urämie. Ein Hund lebte vom 15. April (dem Operationstage) 1898 bis Mai 1899. Die ganze Zeit über war an ihm nichts Abnormes zu bemerken; das Thier sah gesund und munter aus. Anfangs Mai 1899 wurde es von K. getödtet und secirt. Nach der Autopsie bot die Niere, deren Harnleiter an seinem Platze geblieben war, bei macroscopischen Untersuchungen keine merklichen Abweichungen von dem normalen Zustande dar. Der microscopischen Untersuchung wurde dieselbe nicht unterworfen. Die microscopische Untersuchung der Niere, deren Harnleiter in den Darm implantirt worden war, liess eine Reihe von Veränderungen erkennen, die von K. des Näheren beschrieben werden.

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt New York.

17 West 43. Strasse.

Sitzung vom Montag, den 4. December 1899.

Präsident Dr. Hermann G. Klotz eröffnet die Sitzung um 8¼ Uhr.

Secretär Dr. John A. Beuermann verliest das Protokoll der vorigen Sitzung, welches genehmigt wird.

Präsident Dr. Hermann G. Klotz ersucht den Schatzmeister, Dr. L. Heitzmann, da derselbe später durch die Beamtenwahl verhindert sein wird, schon jetzt seinen Jahresbericht vorzulegen.

Schatzmeister Dr. L. Heitzmann verliest den Jahresbericht, welcher angenommen wird.

Präsident Dr. Hermann G. Klotz theilt mit, dass die Wahlkästen geöffnet seien, und fordert die Mitglieder zur Beamtenwahl auf.

Vorstellung von Patienten.

Dr. R. Denig:

1) Pulverkorn im Glaskörper.

Meine Herren Bevor ich Ihnen den angekündigten Fall von hochgradiger Myopie vorstelle, möchte ich einen anderen Fall zeigen, der eine ausserordentlich seltene Augenverletzung betrifft. Es handelt sich um ein Pulverkorn, welches sich im Glaskörper befindet und sich seit 2¼ Jahren darin nachweisen lässt. Vor 2¼ Jahren passirte dem Patienten bei Abgabe eines Schusses das Unglück, dass die Patrone explodirte und ihm Pulver ins rechte Auge drang. Ich sah den Patienten eine Stunde nach der Verletzung und fand die Hornhaut und die Bindehaut der Sclera mit Pulverkörnern bedeckt und die vordere Kammer mit Blut gefüllt. Ich entfernte die Pulverkörner, gab dem Patienten Atropin und legte einen Verband an. In den nächsten Tagen hellte sich die vordere Kammer wieder auf, und es konnte darin ein Kupfersplitter im nasalen unteren Quadranten der Iris nachgewiesen werden. Ausserdem fand sich, dass die Iris daselbst mit kleinen Pulverkornpartikelchen vollständig durchsetzt war. Ungefähr 8 Tage darauf machte ich die Iridectomie, entfernte den Splitter, und die Pulverkörner, wobei es sich zeigte, dass das ganze Irisgewebe mit Pulverpartikelchen völlig impregnirt und brüchig war. Nunmehr liess sich aber auch einige Tage nach der Operation ein weiterer Fremdkörper nachweisen und zwar im Glaskörper am unteren Rande der Linse, der sich nach einigen Tagen auf den Boden des Glaskörpers senkte und frei beweglich war. Es war nichts anders als ein Pulverkorn, welches gerade den glücklichsten Weg genommen hatte in den Glaskörper zu dringen, ohne die Linse zu verletzen, nämlich durch die Zonula Zinii. Bei der Ruhestellung des Auges befindet es sich auf dem Boden des Glaskörpers, um bei Augenbewegungen aufzuwirbeln. Es handelte sich um rauchloses Pulver, welches nach seiner Zusamensetzung als gelatinisirte Baumwolle möglichst geringe oder gar keine Veränderungen im Glaskörper bez. der Netzhaut hervorzurufen befähigt ist. Zur Zeit ist der Augenhintergrund noch ganz normal, desgleichen die Sehschärfe, und ist es nicht wahrscheinlich, dass wir weitere schlimme Folgen vom Aufenthalt dieses Fremdkörpers im Glas-

körper zu gewärtigen haben. In der Literatur konnte ich einen ähnlichen Fall nicht finden. (Demonstration des Patienten.)

2) An der Hand dieses Falles (die Patientin vorstellend), welcher eine operirte hochgradige Myopie betrifft, erlaube ich mir einige Notizen zu verlesen, welche ich mir dazu gemacht habe, und die mir gerade bei Myopieoperationen von besonderem Interesse zu sein scheinen.

Vor Allem die Frage nach der Indication. Durch Schaden anderer belehrt bin ich dazu gekommen, die Indicationsstellung sehr einzuschränken. Wenn man berücksichtigt, dass von einer Reihe von Operateuren statistisch 5 Procent Verluste bei der Myopieoperation festgestellt worden sind, so wird man verstehen, dass man, weit entfernt Gegner der Operation zu sein, doch den Patienten freie Selbstbestimmung überlassen soll. Freilich ist ja oft, um nicht zu sagen in der Regel, der Erfolg der Operation ein frappirender. Ich habe Fälle gesehen, wo vor der Operation nach entsprechender Correction mit dem Concavcylinder Glas nur ein Viertel der normalen Sehschärfe bestand, und nach der Operation nahezu normale Sehschärfe erreicht wurde. Diese Hebung der Sehschärfe erklärt man sich durch den Fortfall des vorher corrigirenden scharfen Glases, das das Netzhautbild verkleinert oder auch durch ev. Linsenastigmatismus Fukala räth, bei Kinder Myopie von über 8 und bei Erwachsenen von über 10 D zu operiren. Diese Indicationsstellung ist entschieden eine viel zu weite. Es ist nämlich zu berücksichtigen, dass das myopische Auge, dessen Fernpunkt zwischen 75 und 60 mm vor dem Cornealscheitel liegt, deutliche und grosse Netzhautbilder von den Objecten erhält, die 8 oder weniger Centimeter vor seiner Hornhaut liegen und ohne Anstrengung der Accommodation für längere Zeit die feinsten Dinge in der Nähe zu sehen geeignet ist. Liegt jedoch der Fernpunkt dem Hornhautscheitel näher als 60 mm, so kann ein solches Auge von seiner Accommodation keinen Gebrauch machen, weder mit noch ohne Brille. Augen dieser Categorie sollen operirt werden, wie auch Schnabel dies neuerdings ausführte, diejenigen der ersten Categorie, Fernpunkt zwischen 60 und 75 mm = ca. 15 D, jedoch nicht wenn sie Menschen angehören, deren Beruf einen tiefen Sehraum verlangt. Es ist also vor allem auch der Berufsart der Myopen eine gewisse Entscheidung einzuräumen. Die Erschwerung des Nahesehens durch die Operation muss ev. als Gegenindication aufgefasst werden. So berichtet Schmidt-Rimpler einen Fall, in dem durch die Operation eine Berufsstörung eintrat und zwar bei einem Kellner, der darnach ohne Brille das Geld nicht mehr erkennen konnte und im Berufe eine Brille nicht tragen durfte.

Einäugigen würde sich die Operation ebenso wenig empfehlen, wie solchen Patienten, die an ausgesprochener hoher progressiver Myopie mit frischen Aderhaut-Netzhautveränderungen oder starker Verflüssigung des Glaskörpers leiden.

Was die Operation selbst anlangt, so ist doch wohl ein Unterschied, ob man einem sehenden oder nicht sehenden (Cataract) Auge operirt. Deshalb glaube ich, dass man sich auf möglichst wenige und möglichst schonende operative Eingriffe beschränken soll. Es wird daher bei Kindern mit Discission, bei Erwachsenen mit Discission und Punction auszukommen sein. Beide Augen sollen nicht gleichzeitig, sondern in Zeitabständen operirt werden.

Der Fall nun, den ich Ihnen heute Abend zeige, stellt gewissermaassen die Nutzanwendung der Ihnen soeben mitgetheilten Bemerkungen dar. Der Beruf der Patienten — sie ist eine „nurse" — ist dem Tragen der corrigirenden Concavgläser, die als dicke Glasklumpen den Kranken beinahe zu erschrecken angethan sind, wohl etwas im Wege. Die hochgradige Myopie von 16 — cyl. 3.5, die trotz concavcyl. Glas auf ¼ herabgesetzte Sehschärfe, die Abwesenheit von frischen Aderhaut-Netzhautveränderungen, oder starker Glaskörperverflüssigung, dies alles berechtigte die Vornahme der Operation, die auf dem rechten Auge mit vollem Erfolg abgeschlossen ist. Auch auf dem linken Auge nahm ich vor einigen Wochen Discission und Paracentose vor — wegen des Verlustes des binocularen Sehens bei der einseitigen Operation. In einigen Wochen wird die Resorption auch hier vollendet sein und durch eine Nachstardiscission eine völlig klare Pupille erzielt werden. Das Sehvermögen hat sich auf dem rechten operirten Auge von ¼ auf ⅓—½ o h n e Glas gehoben. Gelesen wird ohne Glas der feinste Druck; es besteht noch ein geringer Grad von Myopie mit Astigmatismus von — 3 D axe 15° temporal. Ich glaube, dass bei vorsichtiger Indicationsstellung und Operation sich die Verlustziffer auf ganz geringe Procente herabdrücken lässt.

Dr. C. K o l l e r: Ich möchte bei Gelegenheit dieses Falles etwas über die Myopieoperation sagen. Ich will gleich vorausschicken, dass ich selbst bisher diese Operation nicht ausgeführt habe, und ich finde mich dabei in Uebereinstimmung mit einer Anzahl hervorragender Opthalmologen. — Andere haben die Operation in zahlreichen Fällen gemacht und man muss daher eine gewisse Berechtigung dafür einräumen. Ich stimme mit Dr. D e n i g überein, wie ja auch die allerbesten Autoritäten sich darüber geeinigt haben, dass man die Indication für diese Operation ausserordentlich einengen soll. Ich selbst möchte die Grenzen so enge gezogen wissen, dass nicht viele Fälle für die Operation übrig bleiben. An und für sich ist die Sache gar nichts Neues. Vor etwa 30 Jahren hat schon M o o r e n vorgeschlagen, die Linse bei Myopie zu entfernen und das Auge dadurch fernsichtig zu machen. Es haben sich damals die meisten Opthalmologen diesem Vorschlag gegenüber ablehnend verhalten, und auch mein verehrter Lehrer D o n d e r s hat damals schroff Stellung genommen und die Operation als ein frevelhaftes Spiel mit dem Auge hingestellt. Seitdem ist aber Manches anders gewor-

den. Damals gingen 15—20 Procent aller an gewöhnlichem Altersstaar operirten Augen zu Grunde. Seitdem sind aber die Methoden viel besser geworden, und mit der Asepsis hat sich der Procentsatz wesentlich verringert. Wie Dr. Denig richtig bemerkt hat, gehen bei Myopieoperation 5 Procent der Augen als directe Folge der Operation zu Grunde. Darier hat eine Zusammenstellung der Operationen verschiedener Operateure gemacht und hat gefunden, dass 5 Procent der Augen zu Grunde gehen. Von 20 Augen, die operirt werden, muss also eines erblinden. Indess von den Augen, die als geheilt hingestellt werden, geht hinterdrein auch noch eine beträchtliche Anzahl zu Grunde, wie man ebenfalls nachgewiesen hat. Wie viele also wirklich zu Grunde gehen, weiss man nicht. Es handelt sich hier für den Operateur um eine Gewissenssache, und man kann meiner Meinung nach ein derartiges Risiko dem Patienten nicht gut überlassen. Schon deswegen weil derselbe den Sachverhalt nicht versteht. Der Patient gewinnt an Sehschärfe in vielen Fällen. Das ist richtig. Ausserdem gewinnt er in den meisten Fällen das Vermögen, ohne Gläser in die Ferne zu sehen. Aber es ist doch eine ganz andere Frage, ob man ein Auge operirt, das blind ist (wie beim Altersstaar) oder ob man ein sehendes Auge operirt, das mit Gläsern ziemlich gut sehen kann und das man nun dem Risiko der Erblindung aussetzt. Wenn ich das alles zusammenfasse, so möchte ich sagen, dass man die Indicationsgrenze ausserordentlich beschränken soll, und dass man seine Nebenmenschen so operiren soll, wie man selbst operirt zu werden wünscht.

Dr. Carl Beck (Kind mit Spina bifida vorstellend): Ich hatte die Absicht, heute Abend drei Patienten vorzustellen, aber es ist nur dieser eine Fall erschienen. (2. Fall von Spina bifida kam später.) Darunter waren zwei Fälle von Spina bifida (lumbosacraler Typus). An der Hand dieser zwei Fälle wollte ich noch einmal für den ausgedehnten Gebrauch von Jodoform-Glycerin-Injectionen plädiren, die auch in diesen Fällen einen ausserordentlichen Erfolg aufwiesen. Ich erlaube mir, die betr. Photographien herumzureichen, und Sie können sich durch dieselben überzeugen, dass die Tumoren sich bedeutend verkleinert haben. (Demonstration.) Die Skiagramme ergaben in beiden Fällen, dass es sich um einfache Meningocele (Flüssigkeit enthaltende, hernienartig sich vorstülpende Protrusion der Pia) handelte.

Dr. Carl Beck (Präparat demonstrirend): Ich lege Ihnen hier einen Tumor vor, welcher eine Hydrencephalocele repräsentirt. Derselbe war am vorigen Samstag entfernt worden, nachdem ich erst der Vorsicht halber eine längere Constriction an der Basis des Tumors gemacht hatte. Der 7 Wochen alte Patient befand sich, als ich ihn heute früh sah, leidlich wohl. Die Untersuchung des Präparats ist noch nicht vollständig. Dr. Hirsch hatte die Güte den Tumor genau zu untersuchen, und bei der

Untersuchung hat die Form desselben etwas gelitten. Ich behalte mir weitere Mittheilungen vor. (Nachtrag: Das Kind starb Tags darauf. Section wurde leider nicht gestattet.)

Dr. Max Einhorn:

Fall von Leukämie bei einem Kinde.

Ich erlaube mir hier eine kleine Patientin vorzustellen. Es handelt sich um eine Krankheit, die ja ziemlich selten ist, und seltener bei Frauen als bei Männern. Das Kind ist im 8. Monat geboren, und das mag vielleicht ein Punkt sein, der aetiologisch von Wichtigkeit sein könnte. Das Kind war immer ziemlich gesund, bis vor einigen Monaten, wo sie schwächlich wurde, und letzthin litt sie hauptsächlich an Diarrhoea, weshalb sie zu mir gebracht wurde. Wenn man nun das Kind untersucht, so fällt zunächst auf, dass die Milz so sehr vergrössert ist. Die Milz bildet hier einen ziemlich grossen Tumor, der die obere linke Bauchhälfte ganz ausfüllt. Er ist auch von ziemlich derber Consistenz. Die Drüsen sind etwas angeschwollen. Wenn man eine solche Patientin findet, wo die Milz so angeschwollen ist, so muss man das Blut untersuchen. Wenn man einen Tropfen Blut nimmt, so fällt einem schon auf, dass das Blut weisslich aussieht, und unter dem Microscop kann man leicht sehen, dass es sich um Leukämie handelt. Das Verhältniss der weissen zu den rothen Körperchen ist wie 1:6. Die Leber ist nicht erheblich vergrössert. Die Vergrösserung des Leibes ist dem Umstand zuzuschreiben, dass die Milz einen so grossen Theil ausfüllt. Die Diarrhoea ist wahrscheinlich auch dadurch zu erklären, dass die Milz auf die Därme drückt und dadurch mechanisch zu viel Reizerscheinungen ausübt.

Jahresberichte.

Secretär Dr. John A. Beuermann trägt den Bericht des prot. Secretärs vor. Secretär Dr. A. Rose verliest den Bericht des correspondirenden Secretärs.

Die Versammlung beschliesst die Berichte anzunehmen, wie verlesen.

Präsident Dr. Hermann G. Klotz berichtet im Namen des Verwaltungsraths, dass ausser den Routine-Geschäften nichts vorgekommen ist. Er fährt fort: Ich habe Ihnen mitzutheilen, dass eines unserer Mitglieder durch den Tod von uns gerufen worden ist, Dr. H. Klamer, der im 40. Lebensjahr gestorben ist. Er war längere Zeit als Apotheker thätig, graduirte im Jahr 1894 und war in der letzten Zeit in der Deutschen Dispensary beschäftigt. Ich fordere Sie auf sich seinem Andenken zu Ehren von Ihren Sitzen zu erheben.

Die Versammlung erhebt sich zu Ehren des Verstorbenen.

Dr. J. W. Gleitsmann unterbreitet den Bericht des Unterstützungscomités, und wiederholt im Anschluss an den Bericht im Namen des Comités die Bitte, welche in Verbindung mit dem

Programm der letzten Sitzung unterbreitet wurde, Beiträge zu dem Unterstützungsfond zu liefern. Es ist wünschenswerth, dass diejenigen Mitglieder, welche zu solchen Beiträgen geneigt sind, dieselben als ein Fixum per Jahr betrachten, denn solche regelmässige wenn auch kleinere Beiträge sind dem Comité lieber als einmalige Beiträge.

Die Versammlung beschliesst, den Bericht des Unterstützungscomités ebenfalls zu genehmigen.

Dr. F. Foerster:

Gynaecologische Präparate. (Erscheint als Originalarbeit in dieser Monatsschr.)

Dr. H. J. Garrigues:

Uterus imperforatus mit grossem Haematom des Ovariums.

Dieses Präparat stammt von einem jungen Mädchen, das 20 Jahre alt ist. Seit vier Jahren litt sie an ausserordentlich heftigen Molimina. Ausserdem hatte sie vor jedem solchen Anfall und häufig auch nach demselben einen epileptischen Anfall. Ich führte die Laparotomie aus und fand einen Uterus, der die Eigenthümlichkeit darbietet, dass er vollständig normale Grösse und Form hat. Die Fälle, die wir sonst von solidem Uterus haben, sind gewöhnlich ausserordentlich wenig entwickelt. Man findet nur ein oder mehrere kleine Stücke. In diesem Fall war ein vollständiger jungfräulicher Uterus mit guter Cervix vorhanden. Die rechte Tube ist gesund, das rechte Ovarium leicht vergrössert und zeigt einen kürzlich geborstenen Graaf'schen Follikel. Die linke Tube dagegen ist entzündet und zeigt interstitielle Salpingitis. Was aber das Interessanteste an dem Fall ist, ist, was aus dem Blute wurde, das zum Uterus hätte hinausgehen sollen. Da müssen Sie nun Ihre Einbildungskraft nothwendig zu Hülfe nehmen. Die vom entarteten Eierstock gebildete Cyste war grösser als meine Faust und enthielt 10 Unzen chokoladenähnliches Blut. Durch die Elasticität der Wandung ist sie zur Grösse eines Hühnereis eingeschrumpft. Man kann sich denken, welch fürchterliche Spannung da gewesen sein muss, und man kann sich vorstellen, wie die arme Patientin während der 4 Jahre gelitten hat. Seit der vor einem Monat vorgenommenen Operation ist sie ganz frei von Schmerzen gewesen, hat aber leider vier epileptische Anfälle gehabt. Es ist die Frage, ob diese allmählig aufhören werden, oder ob das Centralnervensystem bleibend die üble Gewohnheit angenommen hat.

Präsident Dr. Hermann G. Klotz: Die Abstimmung über die drei Candidaten hat ergeben, dass 38 bejahende Stimmen abgegeben wurden. Ich erkläre die Herren Doctoren S. Basch, A. M. Renner und John Hoch daher für ordentliche Mitglieder der Gesellschaft.

Dr. F. Schwyzer:
Luetische und arterio-sklorotische Aortitis und die Aneurysmenbildung mit Demonstration macroscopischer und microscopischer Präparate. (Liest.)

Discussion. Dr. I. Adler: Ich möchte zunächst wie ich glaube, im Sinne sämmtlicher Anwesenden den Dank für die ausserordentlich anregende und gründliche Arbeit aussprechen, die uns Dr. Schwyzer heute Abend geboten hat. Es ist wirklich wohlthuend, dass wir hier auch einmal einen Vortrag hören, der nicht ausschliesslich practische therapeutische Bedeutung hat, sondern auch auf die Theorie und medicinische Forschung eingeht. Was nun die Frage nach der Aetiologie und Bedeutung der Aortenaneurysmen betrifft, denn auf die hat sich der Vortragende beschränkt, so muss ich gestehen, dass zunächst über die Aetiologie, wie auch Dr. Schwyzer angeführt hat, noch reichliche Zweifel bestehen und nicht alle den unbedingt entzündlichen Standpunkt theilen, den Dr. Schwyzer eingenommen hat. Ich muss sagen, dass ich persönlich, und ich habe mich mit dieser Frage einigermaassen beschäftigt, nicht ganz ungetheilt auf dem rein entzündlichen Standpunkt stehe, ebensowenig aber glaube ich, lässt sich der unbedingt einseitige Standpunkt von Eppinger, nämlich des rein mechanischen, vertheidigen. Ich kann wenigstens nicht einsehen, dass man in einem Fall eine Aorta sieht, die von oben bis unten exulcerirt ist, deren Wandungen durchaus arteriosclerotisch verändert sind und die in keiner Weise trotz stark hypertrophischem Herzen zu Aneurysmen geführt hat, während man auf der anderen Seite Aorten sieht, die lange nicht diesen Grad von Entzündung und Ulceration und arteriosclerotischen Veränderungen zeigen und zu Aneurysmen führen. Ich glaube, dass wir bei dem jetzigen Stand der Forschung immer noch einen vermittelnden Standpunkt einzunehmen haben und nicht einseitig auf entzündlichem, aber ebensowenig einseitig auf mechanischem Standpunkt stehen müssen, sondern anzunehmen haben, dass neben rein entzündlichen Processen in den Gefässwänden selber, auch noch mechanische Dinge und andere Einflüsse eine Rolle spielen, von denen wir vielleicht noch gar nichts wissen.

Dann muss man ja auch zugestehen, dass trotz der Vervollkommnung der microscopischen Methode der letzten Jahre, dem Fortschritt in den Färbungsmethoden und der Darstellung des elastischen Fasergewebes wir eigentlich über die Pathologie, über das, was eigentlich geschieht in den elastischen Fasern, resp. elastischen Membranen, gar nichts wissen. Es gelingt jetzt mit Manchot'scher oder Weigert's Färbung u. s. w. sehr schön, das elastische Gewebe darzustellen, und wir können sagen, hier fehlt es, hier ist es rarificirt, hier ist es geschrumpft, aber Anhaltspunkte über den Process, der in dem elastischen Gewebe vor sich geht, haben wir noch nicht. Ueber die Pathologie des elasti-

schen Gewebes ist so gut wie nichts vorhanden. Ueber den Chemismus, wie Dr. S c h w y z e r angeführt hat, liegt alle Ursache vor, anzunehmen, dass nicht alles sogenannte elastische Gewebe im Körper chemisch gleichwerthig ist. Ebensowenig darf man annehmen, dass alles elastische Gewebe histologisch gleich und pathologisch gleichwerthig ist. Darüber wissen wir noch nichts. Darüber wird die Forschung in den nächsten Jahren noch manches ans Licht bringen.

Was die syphilitische Aortitis betrifft, so kann ich mich mit Freuden dem Standpunkt Dr. S c h w y z e r's anschliessen. Ich glaube auch, dass man die Diagnose, in den meisten Fällen wenigstens, stellen kann. Es giebt aber allerdings Fälle, wo das Bild der Arteriosclerose so überwiegt und, die arteriosclerotischen Veränderungen primär oder secundär so überhandgenommen haben, dass es schwer sein wird, zu einem absolut sicheren Schluss zu kommen.

Auffallend ist noch etwas. Zieht man die kleinen Gefässe mit in Betracht, um einen Vergleich zu haben, wie sich die Lues in der Aorta gestaltet gegenüber der Lues der kleinen Herzgefässe, Hirngefässe, so scheint es mir doch auffallend zu sein, dass die luetische Aortitis immer zu einem Zerfall und schliesslicher Destruction des elastischen Gewebes führen soll, während auf der anderen Seite bei der H e u b n e r'schen Entarteritis luetica, nachdem die membrana elastica zerstört worden ist, nachdem die Endarteritis ihre Höhe erreicht hat, positiv eine Neubildung von elastischen Geweben vorkommt, und man kann sehr schön in einem späteren Stadium sehen, wie die zum Theil zerstörte membrana elastica weit gegen die Peripherie des Gefässes gedrängt ist. Dann folgt diesem organisirten endarteritischen Herd, in dem sich fibröses Bindegewebe gebildet hat, vollständig ausgebildete neue mebrana elastica. Das thut die Syphilis in den kleinen Gehirngefässen. Die Frage wäre, ob bei der Aorta die Syphilis so ausschliesslich destructiv wirkt wie bei keinem anderen Organ. Fast bei allen anderen Organen, anderen Geweben, wissen wir, dass die Syphilis zunächst allerdings destruirend wirkt, indem mancherlei Zerstörung eintritt. Es kommt aber bei allen syphilitischen Processen ein Zeitpunkt der Heilung, wo irgend ein Gewebe stets neu gebildet wird. Es wird anzunehmen sein, dass sich etwas ähnliches vielleicht noch bei der Aorta findet.

Ich will Sie weiter nicht aufhalten und will schliesslich nur noch ein Wort sagen über das Zusammentreffen von Aortaaneurysmen und Tuberculose. Ich habe mehrmals, ich könnte fast sagen öfters, das Zusammentreffen von Aortaaneurysmen und abgelaufener Lungentuberculose gesehen. Nun ist gar nicht einzusehen, warum nicht einer im jugendlichen Stadium Tuberculose acquiriren sollte und früher oder später Lues oder Arteriosclerose, sodass sich dann ein Aortenaneurysma entwickelte. Ich habe aber zweimal frische floride Tuberculose mit Aortenaneurysma combinirt gesehen, beidemal als syphilitisches Aneurysma,

und kann mich nicht mit absoluter Sicherheit erinnern, ob eine hochgradige Compression des Bronchus da war. Es scheint mir aber nicht. Ich bin geneigt, zu glauben, wäre da Compression des Bronchus gewesen, so hätte ich es noch lebhaft im Gedächtniss. Auf alle Fälle will ich die Thatsache constatiren, dass ich zweimal floride Tuberculose mit luetischem Aneurysma gesehen habe. Ich kann nicht einsehen, trotzdem dass Phthisen den Blutdruck herabsetzen sollen, warum das nicht zustande kommen sollte.

Schliesslich möchte ich noch ein Wort über die Therapie sagen. Ich glaube nicht, dass man heute den Standpunkt noch indossiren kann, dass Jodkalium und Quecksilber in rationellen Grenzen Arteriosclerose verursachen. Ich glaube, wir haben heute die Verpflichtung, Syphilis energisch zu behandeln, und da wir das Aneurysma erst dann diagnosticiren können, wenn es schon da ist und als solches nicht mehr zur Heilung kommen kann, denn die Aorta kann durch keine Kur mehr zur restitutio ad integrum geführt werden, — ich stimme hier Herrn Dr. Schwyzer vollkommen bei, alle Erfolge der syphilitischen Kur bei Aneurysmen beziehen sich nur auf das umgehende Gewebe — so legt das uns die Verpflichtung auf, die Herzsyphilis, die Gefässsyphilis so früh als möglich nicht zu diagnosticiren, aber doch zu vermuthen. Ich komme auf mein altes Steckenpferd, dass Herzsyphilis ein ungleich häufigeres Vorkommniss ist als man sich gewöhnlich vorstellt, und dass wir practische Aerzte alle die Verpflichtung haben, in jedem Fall von Herzkrankheit, wo nicht offenbar ein Klappenfehler vorliegt, in jedem Fall von Myocarditis namentlich im jugendlichen Alter, selbst in zweifelhaften Fällen, eine antisyphilitische Cur vorzunehmen. Ich glaube, in dem Fall wird, wenn kein Aneurysma kurirt wird, doch manchmal das Zustandekommen eines Aneurysma verhütet werden.

Dr. Geo. Mannheimer: Ich möchte als Beitrag zu dieser Frage einen Fall erwähnen, der in der Naunyn'schen Klinik beobachtet, von Recklinghausen secirt und von mir in meiner Inauguraldissertation beschrieben wurde. Es handelte sich um einen kräftigen 38jährigen Arbeiter mit guter Vorgeschichte, der immer schwer gearbeitet hatte und im Anschluss an schwere körperliche Anstrengung mit Schmerzen hinter dem Sternum, Herzklopfen, Schweissausbruch, allgemeiner Schwäche und Herzarhythmie erkrankte. Er wurde ins Hospital aufgenommen, war da drei Monate und starb plötzlich unter den Erscheinungen des Lungenödems. Es wurde die Diagnose auf Myocarditis gestellt und dieselbe durch die Section bestätigt. Es fand sich chron. fibröse schwielige Myocarditis, d. h. das Herzfleisch mit Schwielen aus sehnig glänzendem Bindegewebe durchsetzt; als Ursache derselben ein Verschluss der linken Kranzarterie und eine Verengerung der Abgangsstelle der rechten; als Ursache dieser Läsion ein Riss durch die Media der Aorta, der ge-

rade durch die Ursprungstellen der Coronariae ging und wahrscheinlich im Anschluss an eine bestimmte körperliche Anstrengung entstanden war. Wenn man die Aorta gegen das Licht hielt, so erschien sie an dieser Stelle verdünnt und durchscheinend. Dieser Riss hatte ferner zu einer aneurystischen Erweiterung der aufsteigenden Aorta geführt; und ausserdem bestand chron. Endaortitis. Das Aneurysma wurde damals als ein typisches Beispiel eines Rupturaneurysmas, d. h. durch Läsion der Media entstanden, angesehen und die Endaortitis als ein secundärer, reparatorischer Process aufgefasst. Der Fall weist auf die Bedeutung schwerer körperlicher Anstrengung als ein weiteres aetiologisches Moment von Aortenaneurysma hin.

Dr. A. Rose: In der letzten Woche las ich zufällig in einer griechischen Zeitung, dass ein Arzt, der einen Fall von Aortenaneurysma bei einem Mann, der viel an Malaria gelitten, beobachtet, die Umfrage angestellt hatte, ob Aortenaneurysma je mit Malaria zusammenhängen könnte. In Griechenland giebt es einige Malariadistricte, und die Aerzte derselben wurden befragt, ob man Fälle von Aortenaneurysma kenne, die mit Malariacachexie in Zusammenhang gebracht werden könnten. Die Antworten lauteten, dass man einen solchen Zusammenhang nicht nachweisen könne, und weiter wurde Umfrage gehalten, ob schon anderweitig einmal die Aufmerksamkeit auf diesen Punkt gelenkt worden. Ich möchte hieran anknüpfen, dass es ganz gewiss für die Aetiologie des Aortenaneurysma von Interesse sein könnte, die griechische Statistik auszuforschen, weil in Griechenland die Syphilis sehr selten ist; wenigstens ist in keinem Lande von Europa so wenig Syphilis vorhanden, wie in Griechenland. Die Gründe habe ich ausführlich in meinem Buche besprochen. Ich will dafür sorgen, dass dieser Vortrag von heute Abend in einer griechischen medicinischen Zeitung veröffentlicht wird, und hoffe, dass sich daran interessante Ergebnisse schliessen werden.

Dr. F. Schwyzer (Schlusswort): Ich danke zunächst Herrn Dr. Adler für seine so interessanten Bemerkungen zu meinem Vortrag. Ich freue mich, dass er die syphilitische Aortitis anerkennt, und ich bin auch sehr geneigt der mechanischen Theorie gewisse Avancen zu machen. Ich glaube nicht, dass die entzündliche Theorie, hauptsächlich Aneurysmenbildung durch chronische Degenerationsvorgänge und entzündliche Vorgänge die einzige Wahrheit enthält, aber jedenfalls scheint sie mir für die überwiegende Zahl der Fälle das Richtige zu sein. Die Beobachtung von Dr. Adler über Neubildung elastischer Gewebe an Hirngefässen ist mir sehr interessant, und ich glaube, das passt sehr gut mit meinen Ideen. Was Aneurysma und Tuberculose anbelangt, so glaube ich mich zu erinnern, dass ich auch manche alte Herde bei Sectionen gefunden habe, aber eine frische Tuberculose ist mir nicht vorgekommen. Phthisisch-luetische Veränderungen in der Lunge kommen vor. Die Bemerkung

über Frühdiagnose der Lues, besonders an Herzkranken, ist jedenfalls sehr bemerkenswerth, und jeder von uns sollte das in Zukunft im Sinn behalten.

Was den Fall aus dem Recklinghausen'schen Institut anbelangt, den Dr. Mannnheimer citirte, so giebt er zu, dass der Mann eine Endaortitis gehabt habe. Ich behaupte nur, dass eine gesunde Aorta eine so enorme Sicherheit bietet, bei Menschen vielleicht das 30fache des möglichen Drucks, so dass also eine gesunde Aorta kaum je in ihrer Wandung verletzt werden kann, ausser wenn es sich um directes Trauma handelt, wenn also ein Knochensplitter in die Wandung hineingetrieben wird oder eine Rippe auf die Aorta aufgequetscht wird. Ich halte es aber für absolut unmöglich, dass ein solches Aneurysma wirklich bei gesunder Aorta durch Trauma entsteht.

Zu der Bemerkung von Dr. Rose über Aortaaneurysma und Malaria möchte ich sagen, dass Schroeder in Wien, der die Gefässerkrankungen in Nothnagel's Handbuch bearbeitet hat, irgendwo erwähnt, dass er Nachforschungen über das Verhältniss von Malaria-Cachexie und Aneurysma angestellt habe. Er fand, dass keine solche Fälle vorgekommen sind.

Dr. L. Heitzmann berichtet, namens des Wahlcomités, dass bei Abgabe von 47 Stimmen, die folgenden Beamten für das Jahr 1900 erwählt worden seien:

Präsident, Dr. Hermann G. Klotz.
Vicepräsident, Dr. J. H. Boldt.
Protokollirender Secretär, Dr. John A. Beuermann.
Stellvertretender prot. Secretär, Dr. C. Breitenfeld.
Correspondirender Secretär, Dr. Achilles Rose.
Schatzmeister, Dr. Louis Heitzmann.
Aufnahme-Comité, Drs. J. W. Gleitsmann, F. Lange, M. Einhorn, Willy Meyer und W. Freudenthal.

Präsident Hermann G. Klotz: Ich erkläre die genannten Herren also für die erwählten Beamten. Ich habe ferner mitzutheilen, dass die Resignation der Mitglieder Dr. A. Schlesinger und Dr. C. D. Jones vorliegt. Die Herren haben keine Verpflichtung gegen die Kasse.

Die Versammlung beschliesst die Resignation der beiden Herren anzunehmen.

Als neue Mitglieder werden vorgeschlagen: Dr. C. H. Richard Jordan, 14 E. 45. St., von Dr. H. G. Klotz. Dr. Beaman Douglass 121 E. 36. St., von Dr. G. M. Edebohls.

Dr. Alfred Meyer:
Staatliche Fürsorge für die unbemittelten Schwindsüchtigen, mit einer Beschreibung des Massachusetts State Hospital for Tuberculosis. (Liest.) (Ist in No. 1 ds. Monatsschr. als Originalarbeit erschienen.)

Präsident Hermann G. Klotz: Wir müssen die Discussion über den Vortrag der vorgerückten Zeit wegen auf die nächste Sitzung vertagen.

Schluss und Vertagung. (10.45.)

Dr. John A. Beuermann, prot. Secretär.

Wissenschaftliche Zusammenkunft Deutscher Aerzte in New York.

110 West 34. Strasse.

Sitzung vom 22. December 1899.

Vorsitzender: Dr. Schwyzer.

Vorstellung von Patienten.

1) Dr. A. Jacobi: Fall von congenitaler Missbildung des Herzens.

Ich stelle Ihnen dieses cyanotische Kind der Diagnose halber vor. Dasselbe ist 13 Monate alt, noch an der Brust, hat jetzt 3 Zähne, der vierte ist am Durchbrechen. Das Kind ist im Verhältniss zu seinem Alter klein, ist sehr stark cyanotisch und zeigt die bekannten Veränderungen an den Phalangen. Es sind in diesem Falle einige Erscheinungen bemerkbar, die sehr grosse Aehnlichkeiten mit dem vor mir in der Novembersitzung demonstrirten Falle von Offenbleiben des Ductus Botalli zeigen. In diesem Falle hier ist das Herz nicht ganz so gross, allein es ist ebenfalls links am Sternum hinauf Dämpfung vorhanden; aber das Geräusch ist nicht auf die linke Carotis beschränkt, sondern erstreckt sich auch auf die rechte. Was auffällig ist und für ein Offenbleiben des Ductus Botalli sprechen würde, ist die Dämpfung auf der linken Seite des Sternums. Mir scheint der Fall einer von denen zu sein, in welchen es sich um einen ausgedehnten Defect in der Kammerscheidenwand handelt, auf dem die Aorta und die Pulmonalis reiten. Das Kind hat ausserdem Nystagmus, sonst aber keine Hirnerscheinungen, hat nie Convulsionen gehabt und ist geistig ganz gut entwickelt. Ich erkläre mir den Nystagmus in der Weise, dass das Kind frühzeitig bemüht war, zu sehen, während seine Nackenmuskeln nicht im Stande waren, den Kopf zu halten und demselben die Richtung nach dem betr. Gegenstand zu geben.

Discussion. Dr. Schwyzer: Ich möchte fragen, ob die geistige Entwickelung bei einem Kinde mit congentitalem Herzfehler immer eine mehr vorgeschrittene, wie in diesem Falle, oder eine mehr zurückgebliebene ist. — Dr. A. Jacobi: Das Kind ist geistig nicht mehr vorgeschritten wie andere Kinder; allein Kinder dieser Art leiden sehr viel, haben daher ein leidendes Aussehen, und das macht sie interessanter aussehen, als sie sind.

2) Dr. A. Jacobi: Fall eines Dermoids.

In den Verhandlungen dieser Gesellschaft vom vorigen Jahre findet sich die Beschreibung eines Dermoids, das ich bei einem fünfjährigen Kinde an der vorderen Fontanelle beobachtet hatte. Ich stelle Ihnen hier den Fall eines Dermoids vor, das an der gewöhnlichen Stelle seinen Sitz hat, mit einer Oeffnung, die ich für eine drohende Meningocele halte. Die kleine Geschwulst, die höchst wahrscheinlich ein einfaches Atherom ist, ist beweglich und drückt nicht auf den Knochen. Die Depression am Knochen ist nicht durch Druck der Geschwulst auf den Knochen hervorgerufen worden, sondern dieselbe ist primär. Die Geschwulst kann mit den über der Spina bifida vorkommenden verglichen werden. Ich empfehle, zu warten, bis sich der Schädel vollkommen geschlossen hat, und dann die Geschwulst zu entfernen. Das Kind hier ist jetzt 8 Monate al.

Discussion. Dr. Henry Wolf: Die Geschwülste, die ich seiner Zeit als am unteren Ende der Wirbelsäule befindlich in der Literatur nachweisen konnte, waren mit wenigen Ausnahmen Lipome.

3 und 4) Dr. Geo. A. Jacoby: Zwei Fälle von Geschwulstbildung in der hinteren Schädelgrube.

Bei dem Fall I handelt es sich um einen neunjährigen Knaben, welcher bis vor einem Jahre zwar vollständig gesund, aber an Intelligenz etwas zurückgeblieben war. Um diese Zeit erlitt er einen Fall auf den Hinterkopf, welcher nicht direct von irgend welchen Symptomen gefolgt war. Etwa 4 Wochen jedoch nach erlittenem Trauma begann er über Schwindel und Hinterhauptschmerzen zu klagen, und von dieser Zeit ab wurde sein Gang unsicher und seine activen Bewegungen incoordinirt. Diese Symptome verschlimmerten sich langsam; nach sechs Monaten trat Schielen und Doppelsehen ein, welche sich langsam wieder verloren, um aber einer Sehschwäche Platz zu machen. Die heutige Untersuchung zeigt eine complete Ophthalmoplegia externa. Die Augenbeweglichkeit ist bis auf eine kleine Excursionsfähigkeit nach unten vollständig aufgehoben. Die Pupillen reagiren prompt; Neuritis optica besteht beiderseits. Die Körpermuskulatur der ganzen rechten Seite ist atonisch, die Oberextremitäten sind ataktisch, und der Gang ist schwankend, mit ausgesprochener Neigung nach rechts. Sonst lässt sich, abgesehen von einer leichten Schwäche im rechten Facialisgebiet nichts abnormes constatiren.

Dieser Symptomenauftritt und Fortschritt lassen sich nur erklären, wenn man ein wachsendes Neoplasma in der hinteren Schädelgrube annimmt. Die localisatorischen Symptome sind:

a) Complete Ophthalmoplegia externa, d. h. Lähmung des Oculomotorius, des Trochlearis und des Abducens.

b) Schwäche der Musculatur der rechten Körperhälfte, d. h. Betheiligung der Pyramidenbahn.
c) Facialisbetheiligung.
d) Schwindel und Kleinhirnataxie.

Von der Voraussetzung ausgehend, dass es sich nicht um eine grosse Geschwulst handeln kann, lassen sich alle eben angegebenen Symptome durch einen Druck erklären, der von oben nach abwärts über den Aquaeductus ausgeübt wird, und so direct die Kerne des III., IV. und VI. Hirnnerven und indirect den Kern des VII. Nerven und die Pyramidenbahn der einen Seite ergreift. Die Ataxie mag einer Implication des Kleinhirnnervens oder der Bindearme zugeschrieben werden.

Die Reihenfolge, in welcher die Symptome aufgetreten sind, nämlich zuerst Schwindel und Ataxie, mit erst später Augenmuskelkernsymptomen, weisen auf ein primäres Ergriffensein des Kleinhirns hin. Es handelt sich also um einen Tumor, welcher in der Lingula cerebelli entstehend, nach aussen und unten gewachsen auf die umgebenden Theile, nämlich die oberen Bindearme, den Aquaeductus, mit den darunter liegenden Kernen und den ungekreuzten Pyramidenbahnen drückt. Ueber den möglichen Zusammenhang zwischen Trauma und Tumorentwickelung, sowie über die vermuthliche Natur der Neubildung möchte ich lieber nichts sagen.

Fall II betrifft einen fünfjährigen Knaben, der mit einem Jahre eine schwere Malaria durchmachte, und im dritten Jahre an Ohreneiterung zu leiden begann, welche bis heute ununterbrochen fortbesteht. Vor einem Jahre Masern. Das Kind ist in seiner geistigen Entwickelung immer entschieden zurückgeblieben gewesen, hat sich dafür aber körperlich desto mehr entwickelt, so dass er, wie Sie sehen, leicht für den älteren der beiden Knaben gehalten werden kann. Im September 1898 wird angegeben, dass er plötzlich zu schielen begann. Weitere Symptome traten erst vor einigen Monaten auf, als der Junge taumelte und wie betrunken daherging. Zur selben Zeit wurde auch sein Gesicht schief. Eine Untersuchung zeigt, dass wir eine vollständige rechtsseitige Abducenslähmung, eine rechtsseitige Facialislähmung und Schwäche des l i n k e n Arms, Beins und Körpermusculatur vor uns haben. Ferner lassen sich nachweisen: leichte Stauungspapille, erhöhte Patellarsehnenreflexe, ausgesprochener Fussclonus links, angedeuteter Fussclonus rechts.

Hier wiederum sprechen die vorhandenen Symptome für eine Geschwulst in der hinteren Schädelgrube. Das Ergriffensein der VI. und VII. Hirnnerven, ohne Betheiligung des V., spricht für eine untere Ponsaffection; die linksseitige Schwäche deutet auf Betheiligung der Pyramidenbahn, und der taumelnde Gang weist entweder auf eine Betheiligung des Kleinhirns oder der Bindearme hin. Ein Tumor nun, der an der Schädelbasis im vorderen Theil der hinteren Schädelgrube nach aufwärts drückt, würde den VI. und VII. Hirnnerven direct an ihre Austrittsstelle

zwischen Pons und Medulla comprimiren; der Druck würde sich ferner auf die ungekreuzte Pyramidenbahn erstrecken, um auf diese Weise eine gekreuzte Lähmung hervorzubringen; schliesslich würde Druck auf den Querfasern des Pons die pedunculäre oder cerebellare Symptome erklären. Der Tumor muss also unterhalb der Brücke und der Verbindungsstelle zwischen Pons und Medulla, und zwar mehr rechts-, als linksseitig liegen.

In Anbetracht der langbestehenden Ohreneiterung wird es sich wohl um einen Solitär-Tuberkel handeln.

Discussion. Dr. E. Fridenberg: Bei dem 2. Falle interessirt mich die Facialislähmung. Dr. G. Jacoby sprach von der Möglichkeit des Ergriffenseins des Trigeminus. Darauf will ich hier nicht näher eingehen, sondern nur auf die Lähmung im Allgemeinen. In allen Fällen von Facialislähmung entsteht eine chronische Conjunctivitis, hauptsächlich weil das untere Segment des Auges immer den Insulten der Luft ausgesetzt ist; es braucht deshalb noch keine Anästhesie der Cornea vorzuliegen. Es kann eine Neuritis optica im höchsten Grade vorhanden sein, ohne dass das Sehvermögen sehr bedeutend eingeschränkt zu sein braucht. — Dr. Heiman: Ich hatte den ersten Fall von cerebellarer Geschwulst in der pädiatrischen Gesellschaft vorgestellt. Es ist interessant, dass sich der Fall seit dieser Zeit bedeutend verschlimmert hat. — Dr. E. Fridenberg: Ich möchte fragen, wie man es erklären kann, dass nur externe Ophthalmoplegie vorhanden ist und nicht auch interne. — Dr. G. Jacoby: Es besteht eben keine complete Ophthalmoplegie. Die Levatores auf beiden Seiten sind intact und ebenso die internen Muskeln. Es handelt sich nicht um einen Druck auf beide Nerven, sondern um einen Druck auf den Kern des Occulomotoriums. Dass Conjunctivitis bei Facialislähmung vorkommt ist ja richtig. Ich habe nur einfach deducirt, dass es sich um eine Trigeminusaffection handeln könne, weil das Kind, als es bei mir in der Office war, verschiedene Fremdkörper im Auge hatte, deren Entfernung gar keinen Reflex hervorbrachte.

5) Dr. Kubin:

Dieses Kind ist 3 Jahre alt, war gesund und kräftig und geistig sehr gut entwickelt. Es erkrankte vor 3 Monaten, hatte 10 Tage lang Fieber und Schüttelfrost, darauf Convulsionen, welche 3 Tage lang dauerten, fieberte dann noch einige Tage. Es hatte während dieser Zeit keine Darmbeschwerden. Zum grossen Schrecken der Familie wurde beobachtet, dass das Kind jetzt Niemanden mehr erkannte, weder stehen noch sitzen konnte. Es erkannte die vorgestellte Nahrung nicht und war unrein. Nach ca. einer Woche konnte es wieder aufsitzen, fing an zu kriechen und bald darauf zu laufen. Gang war aber sehr unsicher, Intelligenz blieb vollständig erloschen. Ich sah das Kind am 3. December; dasselbe war sehr unruhig, konnte keinen Augenblick allein gelassen werden. Hören und Sehen war vorhanden; es erkannte aber weder Vater noch Mutter, greift nach brennen-

dem Zündholz, erkennt keine Gefahr. Reflexe normal. Pupillen gleich gross, reagiren gut. Schädelformation normal. Das Kind war in einem total idiotischem Zustande, und da ich glaubte, es handle sich um eine acute Intoxication, deren Natur ich nicht sicher war, rieth ich zu einer Consultation mit Herrn Dr. Geo. W. Jacoby. Wir sahen das Kind zusammen am 8. December; der Zustand war ungefähr noch derselbe, und Dr. Jacoby glaubte, die Ursache dieser Gehirnstörung auf Malaria zurückführen zu können und stellte eine gute Prognose. Wiederholte Blutuntersuchungen, die seit dem 3. December von Dr. Ralph Jacoby und mir vorgenommen wurden, ergaben keine Plasmodien, kein Pigment. Rothe Blutkörperchen gut gefärbt und von guter Form. Viele grosse Lymphocyten und polynucleäre neutrophile Zellen, wenige eosinophile Zellen. Am 11. December, 3 Tage später, war der Zustand bedeutend besser; das Kind war ruhiger geworden und erkennt seine Grosseltern, mit denen das Kind jetzt lebt. Am 17. December ist das Kind wieder bedeutend besser, es erkennt seine Familie, lacht, ist viel ruhiger, fängt an zu spielen und sagt einzelne Worte wie: don't, stop, dog. Es hat gestern ein vorgehaltenes angezündetes Zündholz ausgeblasen. Das Kind hatte den grössten Theil des Sommers in West Farms zugebracht, erkrankte dort, wurde darauf nach Brooklyn zu den Eltern gebracht. Blutuntersuchungen und Temperaturmessungen sind von dem behandelnden Arzt nicht gemacht worden, er hatte den Fall für Malaria angesehen und dafür behandelt.

Discussion. Dr. G. Jacoby: Ich möchte nicht so verstanden worden sein, dass ich bestimmt der Ansicht wäre, dass die Malariaerkrankung diesen Zustand bei dem Kinde hervorgebracht habe. Als ich das Kind sah, machte es absolut den Eindruck eines idiotischen Kindes. Nun habe ich Fälle von lang dauernden Convulsionen infolge von Malaria gesehen und ich würde daher keinen Anstand nehmen, die Convulsionen direct mit Malaria in Zusammenhang zu bringen. Ferner hat man sogenannte Erschöpfungslähmungen gesehen nach lang andauernden epileptischen Anfällen. Ich dachte mir, dass wir ebenso gut es mit einer psychischen Erschöpfungslähmung zu thun haben könnten. Daraufhin stellte ich die Diagnose. Das Kind sowohl wie der Vater haben Malaria. Das Kind hatte 8 Tage lang ausgesprochene Schüttelfröste, die noch andauerten, als das Kind schon Convulsionen hatte. — Dr. A. Jacobi: Was Dr. G. Jacoby von den an verschiedenen Tagen auf einander folgenden Schüttelfrösten sagt, spricht für Malaria, die Blutuntersuchung spricht dagegen. Aber man kann sich vorstellen, dass es sich in diesem Falle doch um eine toxische Krankheit handelt. Wenn ich Malaria ausschliesse, so kann ich mir denken, dass wir es hier mit einem Fall von bösartiger Poliencephalitis zu thun haben. Letztere tritt unter den verschiedensten Symptomen auf. Allerdings sind Hirnerscheinungen in den meisten Fällen von

Poliencephalitis nicht vorhanden. Wenn man sich denkt, dass Poliencephalitis complicirt war mit einer starken Hirnhyperämie, dann liesse sich erklären, weshalb die Lähmung bald nachgelassen hat und doch die Hirnerscheinungen zurückgeblieben sind. Malaria könnte ja die Ursache sein. — Dr. Heiman: Ich möchte mich der Meinung von Dr. A. Jacobi anschliessen, weil der Fall entstand, als wir gerade in Brooklyn eine Epidemie von Poliencephalitis hatten. Wollten wir an Malaria denken, müssten wir auch fragen, ob der erstbehandelnde Arzt dem Kinde grosse Dosen Chinin gegeben hat; war dies der Fall, so würde dadurch das Fehlen der Plasmodien erklärt werden.

Dr. Welt-Kakels: Fall von Hydromeningocele spinalis.

Das Mädchen, Gussie M., 4 Jahre und 4 Monate alt, in Russland gebürtig, wurde wegen eines beschwerlichen Hustens nach dem Mt. Sinai Dispensary gebracht; das Leiden, wegen welches ich sie hier vorzustellen die Ehre habe, wurde zufällig bei der Untersuchung des Kindes gefunden. Beide Eltern leben und sind gesund; eine ältere Schwester starb in der 11. Lebenswoche in Folge einer Lungenentzündung; eine jüngere, 15 Monate alt, an Cholera infantum. Die kleine Patientin wurde am Ende einer normalen Schwangerschaft leicht geboren; bei der Geburt wurde die Geschwulst vom Arzte constatirt; das Kind wurde 15 Monate lang an der Brust genährt; der erste Zahn erschien im 5ten Monate; die ersten Gehversuche wurden am Ende des ersten Jahres gemacht. Das Kind soll vier Male eine Lungenentzündung überstanden haben; in den letzten 3 Wochen leidet es an krampfhaftem Husten und erbricht am Ende einer jeden stärkeren Attacke (Keuchhusten).

Status praesens: Schlecht genährtes, anämisches Kind; die Untersuchung des Thorax ergiebt: über beiden Lungen rauhes, vesiculäres Athmen; zahlreiche Rhonchi; sonst ist an den Viscera des Thorax und des Abdomens nichts abnormes nachzuweisen. Urin normal; kein Fieber. Das untere Stammende erscheint etwas verbreitert und bemerkt man eine kleine an der Oberfläche höckerige Geschwulst; bei der Palpation fühlt man den Tumor unterhalb und links vom Coccyx, welch letzteres mit seinem unteren Ende nach links abweicht. Ueber dem oberen Ende des Coccyx ist die Haut in der Ausdehnung von ½ Zoll narbenartig eingezogen. Die kleine Geschwulst hat eine cylindrische Form, eine weiche Consistenz; an einigen Stellen fluctuirend, mit der darüberliegenden Haut nicht verwachsen; bei Druck nicht schmerzhaft und treten bei Compression des Tumors keinerlei Rückenmarkssymptome auf; keine pulsatorischen Bewegungen; beim Schreien und Husten jedoch tritt der Tumor in seinen Contouren deutlich hervor.

Die genauere Kenntniss über die am unteren Stammende vorkommenden congenitalen Geschwülste verdanken wir einer im Jahre 1862 erschienenen Arbeit von Braun, der 136 hierher gehörige Fälle zusammenstellte; seine Eintheilung dieser Tumoren wird auch von Calbet in seinem im Jahre 1893 erschienenen Werke: Tumeurs congenitales etc. festgehalten. Für uns von Interesse sind hier nur die congenitalen Sacraltumoren ohne jeglichen Zusammenhang mit Doppelbildungen, und werden diese von Braun eingetheilt: 1) in eigentliche Steissbeingeschwülste; 2) Sacralhygrome; 3) Schwanzbildungen und lipomatöse Anhängsel. Genetisch lassen sich diese Tumoren zurückführen: auf die Luschka'sche Steissdrüse, auf das untere Ende der Wirbelsäule und schliesslich—was für den vorgestellten Fall in Betracht kommt—auf den unteren Theil des Meningealsackes zu der Zeit, in welcher er noch nicht im Wirbelkanal lag. Bezüglich ihres Vorkommens werden diese Tumoren häufiger beim weiblichen Geschlechte gefunden; mitunter werden andere im Zusammenhang mit Entwicklungsfehlern stehende Deformitäten gefunden. Therapeutisch kommt die Exstirpation des Sackes in Betracht.

Discussion. Dr. A. Jacobi: Mir scheint die Geschwulst eine Meningocele zu sein und zwar an der ungewöhnlichen Stelle vor dem Sacrum. Ich bin der Ansicht, man sollte punctiren und die Punctionsflüssigkeit untersuchen. Dann wird es aber auch nöthig sein, die Geschwulst zu behandeln, da sonst das Kind an derselben zu Grunde gehen wird. Meiner Meinung nach sollte die Behandlung bald eintreten, und ich für meine Person würde Jodeinspritzungen machen. Ich glaube, dass der Fall für eine Operation mit dem Messer nicht geeignet ist. — Dr. Henry Wolf: Ich glaube, dass die am unteren Ende des Wirbelcanals befindlichen Geschwülste die beste Prognose geben bei Excision des Sacums und zwar deshalb, weil diese Geschwülste selten Rückenmarkstheile enthalten. Die Operation ist durchaus nicht schwierig. Andererseits ist bekannt, dass die Injection von Jodtinctur nicht so ungefährlich ist. — Dr. Welt-Kakels: Ich beabsichtige ebenfalls, eine Punction auszuführen, sobald ich die Erlaubniss der Eltern hierzu bekomme, und dann eine Excision des Sacrum vorzunehmen.

Vorzeigen von Präparaten.

Dr. Freudenthal: Fall von spontanem Abfluss von Cerebrospinalflüssigkeit durch die Nase.

Die Pat. hier leidet an beständigem Träufeln der Nase; sie bekam das Leiden im Anschluss an ein hohes Fieber und bronchialen Husten. Ein Jahr zuvor, ehe das Träufeln begann, klagte sie über Schmerzen in der Stirn und über dem Nasenrücken. Sie hatte damals das Gefühl, als wenn sie ihren Verstand verlieren würde. Der Arzt, der sie damals behandelte, verordnete ihr eine

grünliche Salbe (Quecksilber) zum Einreiben, worauf sie Besserung verspürte. Sie setzte jedoch den Gebrauch der Salbe nicht fort, weil sie sich dabei so benommen fühlte. Sobald das Träufeln begann, fühlte sie eine bedeutende Erleichterung, besonders bezüglich des Gehörs. Zugleich verlor sie aber das Geruchsvermögen. Die Nase träufelte sehr stark den ganzen Sommer 1899 über und Pat. hatte starken Husten und Fieber. Als das Fieber nachliess, verminderte sich das Träufeln, und zugleich damit nahm die Benommenheit ihrer Sinne wieder zu, besonders war der Gehörsinn betroffen. Pat. verlor alle Arbeitslust und sie verspürte wieder die Schmerzen in der Stirn. Ihr Schlaf ist äusserst unruhig. Wenn sie auf der Seite liegt, ist das Träufeln nicht so stark, als wenn sie den Kopf vornübergebeugt hat. Wenn sie auf dem Rücken liegt, träufelt die Nase überhaupt nicht, wenigstens bemerkt Pat. nichts davon, allein sie muss dann beständig husten und auswerfen. Die chemische Untersuchung der aufgefangenen Flüssigkeit ist noch nicht vollständig. Die Reaction ist alkalisch, das spec. Gew. 1007. Kein Mucin.

Discussion. Dr. G. Jacoby: Der Fall wird sich bald entscheiden lassen durch die Untersuchung der Flüssigkeit auf zuckerähnliche Substanzen; wenn diese vorhanden sind und kein Mucin, so ist es ziemlich sicher, dass es sich um Cerebrospinalflüssigkeit handelt. — Dr. E. Fridenberg: Der klinische Verlauf macht es ebenfalls wahrscheinlich, dass es sich um cerebrospinale Flüssigkeit handelt. Wie sollte man sich sonst die Neuritis optica und die zeitweise Schwerhörigkeit erklären, wenn nicht durch cerebralen Druck? — Dr. Schwyzer: Wie erklärt Dr. Freudenthal das Zustandekommen des Processes? — Dr. Fridenberg: Jedenfalls handelt es sich nicht um einen infectiösen Process, denn hierfür spricht nichts. Auch ist kein Anhaltspunkt für Syphilis vorhanden. — Dr. A. Jacobi: Die verschiedenen Operationen, die nöthig waren, um die vielen Polypen zu entfernen, machen es nicht so unwahrscheinlich, dass dadurch ein Einbruch in die Stirnhöhle stattgefunden hat. Spontane Eröffnungen der Stirnhöhle sind ebenfalls nicht so selten. — Dr. Freudenthal: Es träufelte schon vor der Vornahme der Polypoperationen. — Dr. Gleitsmann: Ich weiss nicht, ob ich Dr. A. Jacobi richtig verstanden habe, wenn er sagt, der Ausfluss komme durch die Stirnhöhle aus dem Gehirn. Dies kann nicht möglich sein. Wenn der Vorgang wirklich ein derartiger wäre, so wäre dies eine äusserste Seltenheit, während die Fälle von Ausfliessen von Cerebrospinalflüssigkeit durch die Nase nicht so sehr selten sind. Ich glaube, dass der Fall ziemlich klar ist, und die Untersuchung der Flüssigkeit wird die Diagnose sicher stellen. Der Vorgang ist eine Excretion von der Gehirnhöhle durch die Horizontalplatte des Siebbeins. Die Ursache ist gewöhnlich nicht aufzufinden.

Ripperger, Secretär.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt Cleveland, O.

Sitzung vom 4. Januar 1900.

Die Versammlung wurde eröffnet durch den Präsidenten, Dr. J. Stotter.

Als neues Mitglied wurde aufgenommen: Dr. J. Friedmann.

Vor der Tagesordnung demonstrirte Dr. C. Schmitz einen beinahe ½ kleinfingerdicken Trachealabguss (diphtheritische Membran), der nach einer bei einem 6jährigen Knaben vorgenommenen Tracheotomie entfernt wurde. Dr. Lewin, der die Operation ausführte, bemerkt hierzu:

„Wie die Prüfung des soeben von Dr. Schmitz vorgezeigten Trachealabgusses Ihnen, werthe Herren Collegen, bewiesen haben muss, wäre es vollständig unmöglich, dass eine solche Membran durch die grösste Weite der Tubagenröhren entfernt werden kann; ein Anhänger der Intubation würde Ihnen selbstverständlich sagen, ja, wenn ich intubirt hätte, so wäre durch den Reiz der eingeführten Tubagenröhre die Membran losgelöst und sammt der Röhre von dem in der Agonie liegenden Kinde herausgehustet worden; ich sage einfach, dass der Knabe erstickt wäre, wie andere traurige Fälle, wo intubirt wurde, in letzter Zeit gezeigt haben. Und wie sollte ein Kind, welches schon 48 Stunden im Erstickungsstadium gelegen, noch so viel Kraft besitzen, die Tubageneinführung zu ertragen und die Membran auszuhusten; nein, die Tracheotomie allein gewährt den einzig sicheren Weg zur eventuellen Rettung; nicht allein, dass der Zutritt der atmosphärischen Luft sofort einen lösenden Reiz auf die festsitzenden das Lumen der Luftröhre und Luftröhrchen ausstopfenden Massen ausübt, sondern der Operateur hat es sofort auch in der Hand durch Einführung des elastischen Katheders, des wichtigsten Instruments für die Nachbehandlung nach der Tracheotomie, jederzeit dem Kinde Erleichterung zu verschaffen; ein anderer Vorzug der Tracheotomie ist, dass die Eltern sofort das Kind ruhig athmen sehen und bei genauer Kenntniss der Verhältnisse des erkrankten Kindes von Seiten des behandelnden Arztes wird er sowohl oft wie die Eltern durch die Errettung des operirten Kindes erfreut werden; wie meine verehrten Lehrer Madelung, Trendelenburg und Hueter in Deutschland erwähnten, haben wir eine schwere Art der Erkrankung vor uns, so dass wir durchaus nur die Ausführung der Tracheotomie in's Auge zu fassen haben, und dann wird mir jeder Chirurg beipflichten, dass die Ausführung der Intubation nur von geschicktester Hand oft möglich ist, ja mit zu den schwierigsten Operationen gehören kann und zu rechnen ist; die Tracheotomie auszuführen muss man von jedem practischen Arzte verlangen kön-

nen, und es kann nicht Wunder nehmen, wenn der Arzt oft erlebt, wenn er einen „Specialisten der Intubation" vorschlägt, dass die Eltern im nächsten Augenblick das Kind nach Einführung der Tubagenröhre sterben sehen. Darum noch einmal die Mahnung, warten Sie nicht zu lange mit dem Vorschlage der Tracheotomie an die Eltern, treten Sie energisch auf, und ich gebe Ihnen die Versicherung, dass der Erfolg oft mit Ihnen sein wird; eine 17jährige Erfahrung lässt mich diesen Grundsatz aussprechen."

Dr. Lewin bemerkte hierzu noch, dass der Fall bis heute (4. Tag) günstig verlaufen und verspricht in der nächsten Sitzung den weiteren Ausgang zu berichten. Auf die Anfrage, ob Antitoxin in diesem Fall angewandt worden sei, bemerkte B., dass Dr. Schmitz 24 Stunden vor der Operation eine Einspritzung gemacht habe.

Dr. Stotter kann sich nicht auf den pessimistischen Standpunkt des Dr. Lewin betreffs der Intubation stellen; er sah in 97 Procent der Fälle einen günstigen Verlauf nach der Intubation, er ist der Ansicht, dass wenn Antitoxin gleich im Beginn der Erkrankung gegeben wird, es niemals zu den schweren Fällen von Diphtherie komme, die Dr. Lewin im Auge habe. Er giebt zwar zu, dass in einigen Fällen die Tracheotomie am Platze sei, jedoch solle man in erster Linie der Intubation den Vorzug geben. Wenn man in Deutschland früher oder jetzt noch von jedem Arzte verlange, dass er die Tracheotomie machen könne, so solle man ihn jetzt dazu noch ausbilden, dass er die Technik der Intubation beherrsche; denn dass man mit derselben noch glänzende Resultate erzielen könne, beweisen ihm seine zahlreichen Fälle aus der Praxis.

Dr. Lewin hält beim Schlusswort seine oben bemerkte Behauptung aufrecht; er glaubt in vielen Fällen, wo die Intubation gelungen sei, wäre man vielleicht auch allein mit Hülfe des Antitoxins ausgekommen.

Tagesordnung: Vortrag des Herrn Dr. M. Friedrich über „Uraemie." (Vortrag wird in dieser Monatsschrift als Originalarbeit erschienen.)

Discussion. Dr. Lewin sah Uraemie nach Diphtherie eintreten und will durch Morphiumbehandlung gute Resultate erzielt haben.

Dr. Rosenberg macht auf die Aehnlichkeit der Eclampsie mit dem Symptomencomplexe der Uraemie aufmerksam.

Dr. Kahn bemerkt, Vortragender habe zwar mit Recht die alten Theorien betreffs der Entstehung der Uraemie nicht erwähnt, doch glaube er hier doch eine interessante Theorie berichten zu dürfen. Man hat bisher angenommen, dass die Kalisalze für das Zustandekommen „urämischer Symptome" einen gewissen Einfluss haben; in neuester Zeit wurden jedoch auf der Leyden'schen Klinik in Berlin Versuche gemacht, die ergaben, dass das Chlornatrium keineswegs so eine unschuldige Rolle im Organismus spiele, wie man bis jetzt angenommen hat.

Es wurde bei Kranken, die an chronischer Nephritis und zeitweise an Uraemie litten, nachgewiesen, dass die Kochsalzausscheidung im Urin, namentlich während des uraemischen Comas bedeutend vermindert war, ja oft vollständig fehlte. Dagegen gelang es, bei den an Uraemie Gestorbenen in den meisten Organen, besonders in der Leber, eine starke Vermehrung des Chlornatriums nachzuweisen, was die betreffenden Aerzte, die die Untersuchungen anstellten, zur Annahme führte, dass die Retention des Kochsalzes im Organismus einen wesentlichen Einfluss zum Zustandekommen der Uraemie, besonders des Coma uraemicum habe. Um die Giftigkeit grosser Kochsalzmengen nachzuweisen, wurden Mäusen und Meerschweinchen 1—2 ccm einer 5 bis 20procentigen Kochsalzlösung eingespritzt; sämmtliche Versuchsthiere zeigten Zuckungen, Krämpfe, beschleunigte Athmung und erholten sich von diesen Symptomen sehr schwer, theilweise gingen sie zu Grunde. Jedenfalls wäre es aber interessant und wünschenswerth, noch weitere Versuche in dieser Hinsicht zu machen.

Dr. Stotter bespricht die Therapie, empfiehlt Schwitzcuren, innerlich besonders das Pilocarpin.

Dr. Belkowsky hält Pilocarpin für ein schädliches Mittel und warnt vor Anwendung desselben wegen der Gefahr der Herzschwäche. Bei nicht anämischen und nicht allzuschwächlichen Personen sah er gute Erfolge von dem Aderlasse; ausserdem macht er darauf aufmerksam, dass eine Paralyse, veranlasst durch eine Gehirnblutung, oftmals mit dem Bilde der Uraemie verwechselt werden könne.

Dr. Friedrich giebt in seinem Schlusswort zu, dass Morphium, besonders bei Convulsionen, einen günstigen Erfolg habe, dagegen sei Opium durchaus nicht zu empfehlen; auch würde er in seiner Privatpraxis niemals einen Versuch mit Pilocarpin machen. Sehr wichtig sei, die Diurese zu heben und neben Digitalis leiste das Calomel darin vorzügliche Dienste. Er giebt zu, dass es manchmal schwer sei, beim ersten Anblick des Patienten eine genaue Diagnose, ob Apoplexie, ob Uraemie zu stellen; jedoch die genaue Untersuchung des Urins, sowie der weitere Verlauf wird bald auf die richtige Fährte führen, besonders da die Lähmungen nach Blutungen nie vollständig verschwinden oder eine gewisse Parese und Schwäche in den betreffenden Extremitäten zurücklassen.

Sitzungsbericht vom 18. Januar 1900.

Die Sitzung wurde eröffnet von Dr. J. Stotter.

Als neues Mitglied wurde aufgenommen: Herr Dr. Wunderlich.

Der für die Sitzung angekündigte Vortrag musste ausfallen, da der Vortragende durch Berufspflicht verhindert war.

Dr. Stotter referirte über einen Fall von Intubation; Dr. Lewin berichtete von dem günstigen Verlaufe seines tracheotomirten Falles. Es entspann sich wieder eine lebhafte Discussion über Intubation oder Tracheotomie, an der sich verschiedene Mitglieder betheiligten. Eine Einigung in dieser Frage konnte wiederum nicht erzielt werden.

Dr. Kahn, Cleveland.

Therapeutische und klinische Notizen.

— Dr. A. W. K. Müller, Ueber die äussere Anwendung der Salicylsäure. (Die Therapie der Gegenwart. 99, 4.) Bei directer Application auf die Haut wird die Resorption der Salicylsäure durch ihre keratolytische Wirkung unterstützt, welche sich aber selbst bei stärkster Einwirkung auf die Hornschicht allein beschränkt. Die Stachelschicht der Oberhaut wird nie angegriffen, sondern es stösst sich nur die salicylisirte Hornschicht als eine weiche, weissliche, zusammenhängende Haut ab. Bei den ersten Versuchen der Behandlung acuter und chronischer Gelenkrheumatismen mittels äusserlicher Anwendung der Salicylsäure wurde in der Greifswalder Klinik das von Ruel empfholene Salicylsäure-Alcohol-Oel, bestehend aus 20,0 Acid. salicylic., 100,0 Alcohol und 200,0 Ol. Ricini benutzt. Innerlich wurde kein Medicament gegeben, sondern es wurden nur die erkrankten Gelenke mit einem Verband versehen, der aus einer in das Salicylöl getauchten und ausgedrückten, etwa 1 cm dicken Schicht Wattemull bestand, über die eine abschliessende Lage wasserdichten Verbandstoffes und dann eine dickere Schicht nicht entfetteter, sogen. Polsterwatte gedeckt und mit einer Binde festgewickelt wurde. Der Erfolg dieser Methode war ein frappanter und gleichmässig guter. Die Salicylsäure, von der freilich nur eine kleinere Menge im Körper kreist, kann ihre antizymotische Wirkung an den erkrankten Partien direct entfalten ohne lästige Nebenwirkungen. Die Resorption liess sich stets constatiren, indem in kurzer Zeit, gewöhnlich nach 1 bis 5 Stunden, die Salicylsäure im Urin nachweisbar war. Nach mehrtägiger Anwendung trat meist starke Desquamation der Haut in grossen Fetzen auf. Dann wurde zur Salbenanwendung übergegangen (Acid. salicylic. 10,0, Ol. Terebinth. 10,0, Lanolin. 30,0, Unguent. Paraffin. 50,0), welche auch noch, wenn schon mehrere Tage keine Erscheinungen mehr bestanden, gebraucht wurde. Die geschilderte Anwendungsweise hatte indess auch ihre Schattenseiten, zumal da der im Salicylalcohol befindliche Weingeist als Reizmittel angesehen werden muss. Es wurde deshalb nach einem anderen Vehikel gesucht, und als solches das Vasogen sehr bewährt befunden. Das Vasogenum purum spissum erwies sich als vorzüglich geeignet zur Herstellung eines 10 oder 20

proc. Salicylsäurevasogens. Dieses wurde auf die Haut applicirt und jedesmal eine Einwickelung mit impermeabler Polsterwatte in nicht zu dünner Schicht vorgenommen. Zur Verhütung von Recidiven ist auch nach Aufhören der Krankheitserscheinungen eine Fortsetzung der Anwendung nothwendig. Die beschriebene Behandlung hat sich vortrefflich bewährt bei acutem Gelenkrheumatismus, ist jedoch auch bei chronischem Gelenk- und Muskelrheumatismus, sowie bei einigen Fällen von Ischias von gutem Erfolg gewesen. (Med. Neuigk. 1899, No. 23.)

— Zenker-Hamburg, Fixations- und Stütz-Korsett für Lungenphthisiker. (Dtsche. med. Wschr. 99, Therap. Beil. 11.) Von neuem tritt Verf. in vorliegender Arbeit für seinen Vorschlag ein, die bewährten Heilfactoren der tuberculösen Gelenkentzündung, d. h. die Fixation, Extension und Entlastung auch bei der Behandlung der Lungentuberculose therapeutisch zu verwerthen und zwar durch Fixirung des Brustkorbes in einem Corsett, welches frei von jeder circulären Einengung, um die Tiefe der Athmung nicht zu beeinträchtigen, doch den Thorax soweit fixirt unter gleichzeitiger Streckung der Wirbelsäulen, dass alle ausgedehnteren Bewegungen derselben (seitlich nach oben und hinten) und somit auch die Bewegungen des Thorax selbst mit ihren mannigfaltigen Gestaltsveränderungen und daraus wieder resultirenden Bewegungsreizen für die darunterliegende Lunge in Wegfall kommen. In diesen aus den Gestaltsveränderungen des Thorax resultirenden und theils als Zerrung, theils als Compression sich äussernden, bei Vorhandensein von pleuritischen Verwachsungen natürlich noch pathologisch gesteigerten Bewegungsreizen sieht Verf. die Hauptschädigung der Lungen, nicht in der physiologischen, mit jedem Athemzuge sich wiederholenden Bewegung der Lungen, da hier jeder einzelne Lungenabschnitt nur wenig bewegt wird. Die Hauptprincipien bei der Construirung eines Corsetts, welches diesen 3 Forderungen genügt, die Lunge zu fixiren, zu extendiren und zu entlasten, waren Verf. zunächst die Schaffung einer wirklich festen, unveränderlichen Basis (als solche sieht Verf. nur die Crista ossis ilii, Spinae ant und Os sacrum an), sodann die Schaffung einer Stütze für den Rücken, an welche der Thorax gewissermaassen herangezogen werden kann, und die Anbringung seitlicher Armstützen. Um allerdings das Hauptprincip seines Stützapparates nicht zu tangiren, nämlich das der möglichsten Richtigstellung der kranken Lungenabschnitte, räth Verf., die Aufrichtung des Thorax zwecks Vertiefung der Athmung im Anfang nicht zu sehr zu forciren. Zum Schluss weist Verf. durch Gegenüberstellen der früheren und jetzigen Resultate in der Behandlung der Gelenktuberculose noch einmal eindringlich auf den hohen therapeutischen Werth der Fixation, Extension und Entlastung bei derartigen tuberculösen Leiden hin und möchte, zumal technische Schwierigkeiten nicht mehr bestehen, diese Heilfactoren auch bei der Behandlung der Lungentuberculose in weit ausge-

dehnterem Maasse angewandt wissen, wie es nach der ersten Empfehlung des Verf. geschehen ist. (Ref. in Med. Neuigk. 1899, No. 23.)

— Natronsuperoxydseife. P. G. Unna empfiehlt (Monatshefte für practische Dermatologie Bd. XXIX. No. 4. 1899) in der Natronsuperoxydseife ein Mittel, welches als stark oxydisirendes Alkali dazu bestimmt sein soll, die bisherige Behandlung der verschiedensten Hautaffectionen mit Alkalien und reducirenden Stoffen abzulösen. Besonders wären hierbei in Betracht zu ziehen die keratoiden Eczeme, Acne, Lichen corneus und die diffusen Keratome nebst den bläulich-schwärzlichen Punctationen des Mittelgesichts allein oder complicirt mit Acne oder seborrhoischem Eczem. Bei Acne punctata und pustulosa soll nach Unna in kürzerer Zeit als bei irgend einem anderen chemischen Agens eine völlige, gründliche Umstimmung der gesammten Verhornung, Secretion und Circulation erfolgen, sodass die Haut sehr schnell ihr natürliches Aussehen wiedererlange. Besonders wichtig ist die Seifennatur des obigen Mitels, welche die Combination jedes anderen günstig wirkenden Medicamentes in Salben- oder Pastenform erlaubt. Was die Anwendung der Natronsuperoxydseife anbetrifft, so ist sie in leichteren Fällen einmal vor dem Zubettegehen, in schwereren bei jeder Waschung zu benutzen unter nachheriger Application des im Einzelfalle sonst indicirten Mittels. Längere Einwirkung oder gar ein Liegenlassen der Seife schädigt nur durch die übertriebene Alkaliwirkung, während das specifische, die Entbindung von Sauerstoff, bereits beim Verschäumen sich erschöpft hat. Die Anwendung geschieht eben nur kurze Zeit, wobei die Empfindlichkeit des Patienten den besten Wegweiser abgiebt. Deswegen soll man die Seifensalbe nur so lange auf der Haut verschäumen, bis leichte Schmerzempfindung eintritt, dann rasch den Seifenschaum mit Wasser abspülen. In inveterirten Fällen pflegt Unna mit einer 10- bis 20-proc. Seifensalbe zu beginnen und bei fortschreitender Besserung zu einer schwächeren 5- bis 2-proc. überzugehen, diese aber um so länger und öfter verschäumen zu lassen. Lange fortgesetzt soll das Mittel selbst auf die indolenten, sonst sehr schwer zu beeinflussenden alten Acnenarben von günstigem Erfolge gekrönt sein. Zum Schlusse empfiehlt Verfasser auch noch die Anwendung der Natronsuperoxydseife bei Acne rosacea namentlich des Climacteriums, wobei die knotigen, tiefliegenden Infiltrationen prompt und rasch einschmelzen und resorbirt werden sollen, obwohl hier der Gebrauch der Seife momentan ziemlich schmerzhaft empfunden wird. (Die ärztl. Praxis 1899, No. 23.)

— Die Behandlung des Schweissfusses. Richard Adler bespricht (Deutsche med. Wochenschr. 1899, No. 40) ausführlich die bisher bei der Behandlung der Hyperhidrosis pedum angewandten Mittel, welche sich zweckmässig in zwei Gruppen zerlegen lassen; zur ersteren gehören diejenigen, welche den Zweck haben, die Secretion zu verhindern oder we-

nigstens auf das natürliche Maass herabzusetzen, oder solche, welche die Zersetzung des secernirten Schweisses unmöglich machen sollen, also die verschiedenen Stiefeleinlagen aus Asbest, Filz, Fliess- und Filtrirpapier, ferner das Militärstreupulver u. s. w. Die zweite, wichtigere Gruppe umfasst diejenigen Mittel, welche nach längerer oder kürzerer Anwendung die Schweisssecretion thatsächlich wie mit einem Schlage verschwinden machen; es sind neben den weniger wirksamen, wie z. B. 5—10% Chromsäure, Resorcin, Ameisensäure etc. vor allem die concentrirte Salz- und Salpetersäure, rauchende Salpetersäure und pulverisirte Weinsteinsäure. Alle die genannten Mittel zeigen eine prompte Wirkung, aber diese Wirkung ist keine nachhaltige, und ausserdem sind die Indicationen für die Application des einen oder anderen Mittels allzusehr schwankend. Anders ist die Situation geworden, seitdem das Formalin und sein Derivat, das Tannoform, bekannt geworden sind, zwei Präparate, welche allen Anforderungen so durchaus genügen, dass die übrigen Mittel bald nur noch historisches Interesse haben dürften. Betreffs der Indicationen und der Behandlungsmethode stellt Adler folgende Sätze auf:

I. In Fällen, wo keinerlei Macerationserscheinungen, also weder Wundsein noch Röthung bestehen:

a) wenn die Sohle ergriffen ist: Einpinselung mit Formalin (40%) (Cave: Einathmen der Formalindämpfe)

b) wenn die Interdigitalfalten ergriffen sind, tägliche Einpuderung, resp. Bestreuung mit Tannoform, wenn Formalin nicht vertragen wird,

c) wenn sowohl Sohle als Interdigitalfalten an Hyperhidrose leiden, einmalige Einpinselung der Planta- oder Plantarflächen der Zehen mit Formalin und tägliche Einpuderung der Zwischenzehenfalten mit Tannoform.

II. In Fällen, wo Macerationserscheinungen bestehen stets tägliche Tannoformeinstreuung bis zur Abheilung derselben, dann ist nach vorzugehen. (Ibidem.)

— Rhabarber gegen Oxyuris vermicularis. Sidney Martin hat in sehr vielen Fällen von Oxyuris durch den Gebrauch kleiner Gaben von Rhabarber günstige Erfolge gesehen. Die Würmer gingen massenhaft ab. Dabei wurde der Stuhl der Patienten geregelt. Er bedient sich folgender Formel:

Tinct. Rhei gutt. tres.
Magnes. carbon. 0.02
Tinct. Zingiber offic. gutt. unam
Aq. dest. 12.0

Diese Dosis muss drei- bis viermal täglich gereicht werden. (Ref. in Therap. Revue der Allg. W. med. Ztg., pg. 48.)

— Gegen schweissige Hände empfiehlt sich folgende Lösung:

Borac.
Acid. salicyl. āā 15 gr.
Acid. boric. 5 gr.
Glycerin.
Alcohol dil. āā 60 gr.
DS., 3—4 mal täglich die Hände damit einzureiben. (Ibidem.)

— Abführende Pillen für Frauen:

Podophyllin.
Evonymin. āā 0.5
Extr. Belladon. 2.0
Extr. Hamamelis 20.0
Sapon. medic. 2.0
Extr. Acor. q. s. ut fiant pil. No. 50.
Ds. Beim Abendessen 1 Pille zu nehmen. (Ibidem.)

— Pruritus ani. Maguire empfiehlt in Therapeutic Progress folgende nach gründlicher Reinigung des Afters äusserlich sowohl wie in die unteren Rectumpartien zu applicirende Salbencomposition:

Rp. Creolin.
Resorcin āā 1.25
Lanolin. 30.0
M. f. ugt.
(Münch. Med. W. 1900, No. 3.)

— Das Chrysarobin wird von Hodara in Konstantinopel bei Pityriasis, dem Eczema siccum seborrhoicum des Gesichts und der Kopfhaut, bei der Pityriasis capitis und der Alopecia pityrodes et seborrhoica in folgender Weise verordnet:

Rp. Vaselin. flav. 50.0
Chrysarobin. 0.01—0.05
Ichthyol. 0.05—0.2
Extr. Viol. q. s.
M. f. ugt.

Die Salbe wird innerhalb 24 Stunden einmal aufgetragen, z. B. des Abends, und wird dann am Morgen mit etwas Cold-Cream oder Olivenöl wieder weggewischt. Während der Behandlung, die immer nur einige Tage in Anspruch nimmt, dürfen die kranken Theile mit Wasser und Seife nicht in Berührung kommen.

Bei Personen, die gegen Salben eine Abneigung haben, bedient er sich für die Alopecia pityrodes et seborrhoica erfolgreich folgender Formel:

Rp. Alcohol. absol. 100.0
Chrysarobin. 0.05—0.1— 0.15
Ol. Ricin. 0.5— 2.0
MDS. Vor dem Gebrauch zu schütteln.

Ein Stück Verbandwatte wirrd mit dieser Lösung getränkt und dann der Kopf sanft damit gerieben. Eine Einreibung täglich genügt.

Bei der Behandlung des Eczema seborrhoicum psoriasiforme und der Psoriasis des Körpers kann man zweckmässig folgende Formel in Anwendung bringen:

Rp. Chloroform.
Glycerin. āā 25.0
Chrysarobin.
Ichthyol.
Acid. salicyl. āā 2.5
MDS.

Mit dieser Lösung werden die Psoriasis- und Eczemherde jeden 3., höchstens jeden 2. Tag bepinselt; an den übrigen Tagen bestreicht man sie mit Olivenöl oder Cold-Cream, dem man noch Ichthyol im Verhältniss von 1:100 zusetzen kann. (Monatshefte f. pract. Dermatologie, Bd. XXIV, No. 6.)

— Aminoform ist der von Dr. Lederer in Sulzbach, in dessen Laboratorium das Präparat hergestellt wird, dem Urotropin gegebene Namen. A. Goldmann (Wien) publicirt nunmehr in einer ausführlichen Arbeit (Klin. Therap. Wochenschrift, 1899, No. 13) seine mit dem Mittel gemachten Erfahrungen und kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: Aminoform ist ein ausgezeichnetes harnsäurelösendes Mittel, sein fortgesetzter Gebrauch bewirkt Lösung der Harnsäureablagerungen; es wirkt ferner günstig auf die Diurese und die Darmentleerung, ohne jedoch Diarrhoe hervorzurufen; es beeinträchtigt nicht die Verdauung und hat keinen schädigenden Einfluss auf Herz und Blutgefässe. Es kann ohne Nachtheil lange Zeit hindurch gegeben werden; auch den empfindlichsten Patienten ist der Geruch oder Geschmack des Mittels nicht zuwider. Ausserdem hat sich das Aminoform als vorzügliches Prophylacticum gegen die harnsaure Diathese erwiesen. Die gewöhnliche Dosis beträgt 0,5—1,0 g gelöst in ca. ¼ Liter Wasser vor dem Frühstück.

Kleine Mittheilungen.

— Der 18. Congress für innere Medicin findet vom 18.—21. April 1900 in Wiesbaden statt. Präsident ist Herr v. Jaksch (Prag). Folgende Themata sollen zur Verhandlung kommen: Am ersten Sitzungstage, Mittwoch, den 18. April 1900. Die Behandlung der Pneumonie. (Referenten: Herr v. Korányi (Buda-Pest) und Herr Pel-Amsterdam. Am dritten Sitzungstage, Freitag, den 20. April 1900. Die Endocarditis und ihre Beziehungen zu anderen Krankheiten. (Referent: Herr Litten-Berlin.) Folgende

Vortragende haben sich bereits angemeldet: Herr Neusser (Wien): Thema vorbehalten. Herr Wenkebach (Utrecht): Ueber die physiologische Erklärung verschiedener Herz-Puls-Arhythmien. Herr K. Grube (Neuenahr-London): Ueber gichtische Erkrankungen des Magens und Darmes. Herr M. Bresgen (Wiesbaden): Die Reizung und Entzündung der Nasenschleimhaut in ihrem Einflusse auf die Athmung und das Herz. Herr Schott (Nauheim): Influenza und chronische Herzkrankheiten. Herr Martin Mendelsohn (Berlin): Ueber ein Herztonicum. Herr Weintraud (Wiesbaden): Ueber den Abbau des Nucleïns im Stoffwechsel. Herr Herm. Hildebrandt (Berlin): Ueber eine Synthese im Thierkörper. Theilnehmer an dem Congress kann jede Arzt werden. Die Theilnahmekarte kostet 15 Mark. Die Theilnehmer können sich an Vorträgen, Demonstrationen und Discussionen betheiligen und erhalten ein im Buchhandel ca. 12 Mark kostendes Exemplar der Verhandlungen gratis. Mit dem Congresse ist eine Ausstellung von neueren ärztlichen Apparaten, Instrumenten, Präparaten u. s. w., so weit sie für die innere Medicin Interesse haben, verbunden. Anmeldungen für dieselbe sind an Herrn Sanitätsrath Dr. Emil Pfeiffer, Wiesbaden, Parkstrasse 13, zu richten.

— Pest. Portugal. In Lissabon ist ein Soldat der dortigen Garnison, welcher in Porto auf Urlaub war, an der Pest erkrankt. Umfassende Desinfections- und Absperrungsmaassregeln wurden laut amtlicher Mittheilung alsbald getroffen. — Britisch-Ostindien. Die Pest hat erheblich abgenommen. Die Gesammtzahl der in der Berichtwoche gemeldeten, durch die Seuche herbeigeführten Sterbefälle betrug 1946 gegenüber 2080 in der Vorwoche. Die zuerst genannte Zahl schliesst jedoch annähernd 300 Fälle ein, welche im Staate Hyderabad früher erfolgt, aber erst jetzt zur Kenntniss der Behörde gelangt sind. In der Stadt Bombay sind die Ziffern für die Peststerblichkeit innerhalb der genannten Zeit von 126 auf 129 und in den zu der gleichnamigen Präsidentschaft gehörigen verschiedenen Staaten und Bezirken von 1714 auf 1274 zurückgegangen. In den Centralprovinzen kamen 11, im Punjab keine Pesttodesfälle während der Berichtwoche zur Anzeige. Im Staate Mysore ist der Stand der Seuche unverändert geblieben, dagegen sind die Zahlen der gemeldeten Peststerbefälle in Calcutta von 48 auf 52 und in der Präsidentschaft Madras von 17 auf 23 gestiegen. (Münch. Med. W. 1900, No. 2.)

— Wie man in England jetzt Alles, was an Mannschaften aufgeboten werden kann, nach Südafrika entsendet, so wird

auch die Hülfe von Civilärzten zur Unterstützung des Sanitätscorps jetzt ausgiebig in Anspruch genommen. Ausser den bereits an der Front befindlichen Chirurgen MacCormac, Treves und Makins wurden jetzt noch Sir William Stokes, Watson Cheyne, G. L. Cheatle und Kendal Franks zu consultirenden Chirurgen ernannt. Ferner wurden zahlreiche practische Aerzte mit einem Gehalt von 1 L. St. pro Tag als Chirurgen für die Armee angeworben. Erstaunlich ist, dass die obengenannten consultirenden Aerzte, die jetzt doch wahrlich Arbeit genug bekommen haben, Zeit finden, den Londoner Fachblättern ausführliche Berichte über ihre Thätigkeit zu senden. So bringt das Brit. Med. Journ. spaltenlange Berichte von Makins vom Oranjefluss, die Lancet solche von MacCormac. Beide betonen die ausserordentlich günstige Heiltendenz der durch Mauserkugeln gesetzten Wunden; von den am Modderfluss Verwundeten soll bereits ein Drittel geheilt sein. Makins erklärt, dass er nicht einen einzigen Fall gesehen habe, der auf eine explosive oder Dum-Dum-Kugel zurückzuführen sei. Der Lancet-Berichterstatter im Wynberg-Lazareth (Capstadt) wundert sich darüber, dass Verletzungen der Wirbelsäule unter den am Modderfluss verwundeten Hochländern die häufigsten gewesen seien; die Erklärung für diese Thatsache ist doch nicht schwierig. Treves hat sich auf den Natal-Kriegsschauplatz begeben und wird sich dort speciell der Behandlung der Bauchwunden widmen. Nach den Urtheilen der englischen Fachpresse haben sich die Vorkehrungen des englischen Sanitätscorps auch den jetzt gesteigerten Anforderungen gegenüber als genügend erwiesen; die Times dagegen klagt in jüngster Zeit über die Unzulänglichkeit der Lazaretheinrichtungen in Wynberg-Capstadt. Das Verhältniss zwischen Todten und Verwundeten auf englischer Seite hat sich nach den letzten grossen Schlachten verschlechtert. (Ibidem.)

— Die Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt Cleveland feierte am 10. Januar einen solennen Commers, der von den Mitgliedern sowohl als von ihren Damen und den Freunden der Gesellschaft zahlreich besucht war. Vor Beginn des eigentlichen Commerses hielt der Präsident, Herr Dr. J. Stotter, einen in populär-wissenschaftlichem Sinne abgefassten, allgemein verständlichen Vortrag über „Das Gehörorgan im Kindesalter", der mit grossem Beifall aufgenommen wurde. Der Abend selbst nahm einen äusserst schönen Verlauf, sowohl der feucht-fröhliche Gesang, des Gambrinus schäumende Gabe, die feierlichen Reden und eine von Herrn Dr. Schmitz und Herrn Dr. Kahn verfasste „Bierzeitung", die durch ihre sarkastischen Bemerkungen auf die Mitglieder und ihren scherzhaften medicinischen Inhalt die Anwesenden lebhaft ergötzte, trugen zum schönen Gelingen des Commerses in reichlicher Weise bei. Nachdem man zum Schlusse noch der Terpsichore seine Huldi-

gung dargebracht, zog man in vorgerückter Stunde befriedigt nach Hause.

Treatment of a Case of Facial Neuralgia.

Bernays ("Report of a Surgical Clinic") cites a peculiarly obstinate case of facial neuralgia with treatment. The patient was a lady aged fifty years, who showed a good family history and whose previous health was also good. The trouble began with a severe neuralgic toothache of her lower right molars, and was paroxysmal at first, but after two months became continuous. The paroxysms generally occurred in the early morning, and entailed much acute suffering. The pain was relieved by biting strongly upon some firm object, but returned immediately when the pressure was removed. The touch of anything cold or hot promptly excited a paroxysm. A moderate heat when sustained produced the opposite effect. In the effort to afford relief four molars were extracted, but without success. The patient strenuously held out against the use of narcotics in any form throughout the entire course of the disease. Antikamnia in ten grain doses (two five-grain tablets) was found efficient as an obtundant, and was relied upon exclusively. Eight weeks after section of the nerve, when the report was written, there had been no return of her former trouble in any degree.—The Medical News, January 13, 1900.

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen u. s. w., sind zu richten an : Medical Monthly Publishing Co., 36 Beekman Street, New York. Manuscripte und Anfragen bezüglich des Inhalts an den Redakteur, Dr. A. Ripperger, 126 Ost 122. Str., N. Y. City.

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York

und der Stadt Cleveland, O.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XII. New York, März 1900. No. 3

ORIGINALARBEITEN.*

Totalempyem von 20monatlicher Dauer, geheilt durch Delorme's Operation.*)

Von

Dr. Otto Kiliani.

Diese kleine Patientin, R. L., neun Jahre alt, welche ich mir erlaube, Ihnen hier vorzustellen, wurde während meines Dienstes im Deutschen Hospital am 27. Juni 1899 mit folgender Geschichte aufgenommen:

Sie contrahirte am 1. Januar 1898 eine Pneumonie der rechten Seite; entwickelte am 14. Januar 1898 eine Pleuritis der rechten Seite, welche am 15. Februar 1898 punktirt wurde, wobei sich ein und ein halber Liter Flüssigkeit entleerten; am 1. März 1898 wurde von dem Familienarzte eine Thoracotomie zwischen der sechsten und siebenten Rippe gemacht und eine grosse Menge Eiter entleert.

Status am 1. Juli 1899: Das Kind, völlig abgemagert, in ausserordentlich schwachem Zustande, bot das typische Bild von Cyanose, Kurzathmigkeit etc., wie gewöhnlich bei Totalempyem einer Seite. In einer eiligen Operation ohne Narcose wurde die siebente, achte und neunte Rippe resecirt und ungefähr zwei Liter stinkender Eiter entleert. Drainage mittelst zweier Gummiröhren; keine Spülung; Verband. Die Lunge wurde bei der Operation vollständig als ein flacher Kuchen gegen den Hilus hin comprimirt gefunden. Das Kind erholte sich rasch und ge-

*) Nach einer am 8. Januar 1900 in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York vorgenommenen Demonstration.

wann bis zum 9. November 1899 fünfzehn Pfund an Gewicht. In dem Ausfluss, welcher nach kurzer Zeit relativ gering wurde, konnten Tuberkelbacillen nicht nachgewiesen werden. Die Höhle nahm practisch die rechte Thoraxseite völlig ein. Trotz des scheinbaren Wohlbefindens war bei der fortbestehenden Fistel an eine endgiltige Heilung bei den bestehenden Verhältnissen nicht zu denken, und es wurde daher ein operativer Versuch des definitiven Verschlusses dieser Höhle vorgeschlagen und von der Muter des Kindes acceptirt.

Ich beabsichtigte zuerst eine Esthlander-Schede'sche Operation; da dieselbe jedoch so ausserordentlich verstümmelnd ist und ausserdem eine ziemlich hohe Todesprocentrate aufweist, entschloss ich mich schliesslich, die Delorme'sche Operation zu versuchen, obwohl ich kaum erwartete, dass die Lunge sich nach einer Compression von zwanzig Monaten wirklich wieder völlig ausdehnen würde, um die Thoraxhöhle auszufüllen.

Die Operation des Pariser Chirurgen Delorme (veröffentlicht vor ungefähr zwei Jahren) besteht bekanntlich darin, dass ein Thürflügellappen der Thoraxwand gebildet wird, welcher nach Aufklappen desselben freien Zutritt zu der Brusthöhle gewährt.

Sodann wird eine Incision in die die comprimirte Lunge bedeckende Pseudomembran gemacht und die letztere stumpf, mit mehr oder weniger Gewalt, von der Lunge abgerissen und entfernt. Die so befreite Lunge soll sich hierauf wieder mit Luft füllen, sich ausdehnen und so den Brustkorb ausfüllen.

Operation am 9. November 1899: Eine Thürflügellappen-Incision wurde über der sechsten bis zehnten Rippe gemacht, welche von der mittleren Axillarlinie bis zur vorderen Mamillarlinie reichte. Der Lappen wurde nach vorn geklappt.

(Hier ist zu bemerken, dass Delorme als Vorbereitung zur Operation für zwei Tage Ausspülung der Höhle mit milden Antisepticis empfiehlt, welche auch ich angeordnet hatte. Der Assistent musste jedoch davon abstehen, da bei dem Versuch derselben äusserst bedrohliche Erstickungs- und Collapserscheinungen auftraten. Bei einem wiederholten Versuch unter Narcose auf dem Operationstisch fuhr ich nicht besser, so dass der Versuch aufgegeben wurde. Ich möchte daher ausdrücklich vor diesen Ausspülungen warnen, und weise darauf hin, dass ich, auf Schede's Rath und Vorgehen hin, irgend welche Spülungen auch nachher unterlassen habe. Todesfälle auf Grund und wäh-

rend des Ausspülens unter solchen Verhältnissen gehören bekanntlich nicht zu den Seltenheiten.)

Hierauf wurde die Incision in die pseudo-pleuritische Membran über der Lunge gemacht, und diese theilweise von den Adhäsionen dieses Organs losgeschoben, theilweise losgerissen. Bei dem langen Bestehen des Empyems war dieser Theil der Operation ausserordentlich schwierig; besonders war es schwer, sich von den Incisuren zwischen den drei Lungenlappen, welche in die Tiefe führten, wieder loszumachen. Das Zerreissen von Lungengewebe war dabei unvermeidlich und eine ziemlich unangenehme Lungenblutung trat ein, welche sich in dem Ausfliessen von arteriellem Blut aus Mund und Nase bemerkbar machte. Dieselbe stand jedoch, sobald die Manipulationen an der Lunge aufhörten. Von dem ersten Moment der Incision in die Lungenkapsel an begann die Lunge sich wieder auszudehnen und drängte sich vorwölbend vor, bis schliesslich nach totaler Ablösung der Membran die zwanzig Monate lang incarcerirte Lunge prall mit Luft gefüllt athmend vor mir lag.

Der Lappen wurde in seine ursprüngliche Lage zurückgebracht, im unteren Wundwinkel eine Drainageröhre eingeführt und die Wunde trocken verbunden. Das Kind erholte sich rasch und wurde siebzehn Tage später, am 26. November 1899, aus dem Hospital entlassen. Am 10. December 1899, 4 Wochen nach der Operation, war die Wunde völlig geschlossen.

Ich muss hier hinzufügen, dass ich entgegen D e l o r m e's Vorschlag vor der Lappenbildung die schon früher resecirten und periostal wieder nachgebildeten Rippen abermals entfernte, um in diesem schweren Fall ein Einsinken des Brustkorbes an dieser Stelle zu erzielen, eine Modification, die ich unter ähnlichen Verhältnissen beibehalten werde.

Ich erlaube mir, Ihnen diesen Fall hier vorzustellen, weil es ausserordentlich interessant erscheint, dass die Lunge, welche zwanzig Monate lang vollständig comprimirt war, sich nach so langer Zeit durch diesen — relativ einfachen — Eingriff wieder völlig ausdehnte, so dass ich nach dieser langen Zeit eine vollständige Heilung noch erzielen konnte.

Auscultation und Percussion zeigen, dass die Lunge sich wieder völlig ausgedehnt hat bis an die Wandungen des Thorax, welcher allerdings auf der kranken Seite von geringerer Capacität ist durch die Rippenresection und wegen der ausgesprochenen Scoliose, die sich hier entwickelt hat, die aber von nun an

Gegenstand energischer orthopädischer Behandlung werden soll.

Sollte es sich herausstellen, dass diese Operation das gewünschte Resultat in allen Fällen erreicht, so würde damit natürlich die schwierige und ausserordentlich verstümmelnde Operation der completen Entfernung einer Thoraxhälfte nach Esthlander-Schede wegfallen. Die geniale Idee Delorme's, durch eine Operation wieder physiologische Verhältnisse zu schaffen, statt durch eine so gefährliche und schwer verstümmelnde Operation einen Menschen einer Lunge zu berauben, giebt uns eine ungeahnte Aussicht, in einer idealen Weise diese schwer erkrankten Patienten, welche bislang meistens dem rettungslosen Siechthum verfallen waren, zur glücklichen Heilung zu bringen.

116 Ost 57. Strasse.

Gynäkologische Fälle und Präparate.

Von

Dr. Franz Foerster.

In der December-Sitzung der Deutschen Medicinischen Gesellschaft erlaubte ich mir einige Präparate vorzuzeigen, von denen ich annahm, dass sie allgemeines Interesse bieten möchten. Meine damals gemachten Ausführungen waren nothwendiger Weise etwas eingehend, vielleicht zu voluminös, um in dem Bericht der Verhandlung der Versammlung verbatim angeführt werden zu können. Der Redacteur der Monatsschrift ersuchte mich daher, ihm die Beschreibung der Präparate mit Anhang anderer interessanter Fälle in einer Form zugehen zu lassen, dass sie sich zur Veröffentlichung als Originalarbeit eignet. Ich komme diesem Wunsche hiermit nach.

Gangraen des Uterus und der Vagina.

Das Präparat illustrirt die zerstörende Wirkung der Carbolsäure auf das lebende Gewebe, Uterus und Vagina wurden spontan necrotisch abgestossen, als Resultat ergab sich eine Cloake, in welche Blase und Rectum sich entleerten. Die Natur des Leidens der Patientin war mir keineswegs klar, als der Fall unter meine Beobachtung kam. Die Frau gab unwillig eine sehr mangelhafte Krankengeschichte, sie erregte dadurch den Verdacht, dass es sich um criminellen Abort handeln möge: Ein Arzt habe

sie local behandelt, habe Einspritzungen verordnet, welche sie auch 6—8 Mal ausgeführt habe; das war ungefähr alles, was wir von ihr erfahren konnten. Die Temperatur war zur Zeit der Aufnahme im Hospital 100, stieg auch später nicht wesentlich.

Bei der Untersuchung fand ich in der Vulva liegend eine grössere Masse übelriechender, necrotischer Gewebe, welche hauptsächlich der hinteren Scheidenwand anzugehören schien. Beim Versuch, dieselbe zu entfernen, zeigte es sich, dass die Masse sich seitlich nach oben zu erstreckte, dass der Uterus selbst als weicher, unempfindlicher Körper zu erkennen war. Es war nicht möglich, Grösse und Lage des Uterus zu bestimmen, doch schien seine Umgebung frei von Exsudat zu sein.

Die Therapie war eine abwartende. Dreistündlich wurden die Theile mit Borsalicyllösung abgerieselt. Nach circa 2 Wochen stiess sich die Scheide in grossen Fetzen ab, die Necrose erstreckte sich tief in das Bindegewebe, die Folge war eine grosse Oeffnung in Blase sowohl wie Rectum, durch welche sich der resp. Inhalt in die Höhle entleerte. Nach weiteren zwei Wochen ging auch der Uterus in toto ab.

Wie schon gesagt, war die Krankengeschichte eine äusserst mangelhafte. Erst nach und nach wich die Gemüthsdepression der Kranken, sie wurde mittheilsamer und gab an, dass sie vor Kurzem einen schweren Fall erlebte, gefolgt von starkem Rückenschmerz und uteriner Blutung. Sie weiss nicht, ob sie schwanger war zur Zeit. Nachdem der Arzt sie intrauterin behandelt hatte, rieth er ihr heisse Carbolsäurelösung (1½ Esslöffel zu 1 Liter Wasser) zweimal täglich zu gebrauchen, eine Lösung, von welcher wir, wenn richtig zubereitet, kaum eine schädliche Wirkung erwarten dürfen. Auf genaues Befragen stellte sich jedoch heraus, dass Patientin das Wasser sehr warm anwandte, und dass die Carbolsäure nur sehr mangelhaft gelöst war. Die ungelösten Carbolsäureperlen sanken vermöge ihrer Schwere zu Boden des Mischgefässes, sowie auch der Fountain Syringe, und kamen als reine Carbolsäure mit den Geweben in Berührung. So war denn auch die erste Einspritzung nach der Patientin Angabe eine sehr schmerzhafte, während die folgenden 6 oder 7 von keinerlei Unbehagen begleitet waren. Die analgetische Eigenschaft der Carbolsäure hatte durch den dauernden Gebrauch eine vollkommene Anaesthesie der Theile veranlasst, während die caustische Einwirkung eine immer tiefere wurde. Zur Zeit der ersten Untersuchung konnte ich mir in Ermangelung einer Krankenge-

schichte den Befund nur durch die Wirkung eines starken Aetzmittels erklären. Ich dachte hauptsächlich an Carbolsäure, eine Annahme, die später ja auch von der Patientin bestätigt wurde. Die Frau wurde auf ihren Wunsch frühzeitig entlassen. Bei der vor einigen Tagen vorgenommenen Untersuchung fand ich eine trichterförmige, granulirende Höhle, in welche kaum der kleine Finger eingeführt werden konnte. Zu beiden Seiten zeigte sich ein schmaler Streifen Mucosa, ein Beweis, dass dieselbe an Stellen doch nicht ganz abgestossen worden war. Die Blase, sowie das Rectum communicirte durch eine kleine Fistel mit der Cloake. Es war meine Absicht, nach einiger Zeit eine plastische Operation vorzunehmen, um der verheiratheten Frau eine künstliche Scheide zu schaffen. Die Frau versprach auch auf meinen Rath einzugehen, doch machte sie durch eine innerlich angewandte Dosis von Carbolsäure ihrem Elend ein Ende.

Grössere Necrotisirung der Vaginalschleimhaut nach unvorsichtigem Gebrauch von Carbolsäure hatte ich öfters Gelegenheit zu sehen, doch nie hatte die Zerstörung auch nur annähernd einen solchen Grad erreicht. Ich bin geneigt, anzunehmen, dass die intrauterine Behandlung ebenfalls in Carbolsäureinjection in das Cavum uteri bestand, denn es ist kaum denkbar, dass die Scheidennecrose eine so tief gehende sein konnte, die totale Blutzufuhr des Uterus abzuschneiden. Das Aussehen der beiden Tubenstümpfe schien auch der Annahme zu entsprechen. Das Wunderbare an diesem Fall ist, dass die Patientin die primäre, systemische Intoxication überlebte. Zur Zeit als sie in das Hospital kam, waren die stürmischsten Symptome schon verschwunden; so zeigte die Untersuchung des Harns nichts Verdächtiges. Die tiefe Gemüthsdepression jedoch, welche ich oben erwähnte, glaube ich auf die Carbolsäure-Intoxication zurückführen zu müssen, um so mehr, als sie nach und nach schwand, trotzdem die Gangraen des Genitaltracts ihren Verlauf nahm. Carbolsäure als keimtödtendes Mittel hat seine Mission in der Chirurgie erfüllt, eine Reihe von Mittel kamen in den Gebrauch, welche dasselbe in jeder Weise vortheilhaft ersetzten. Es wäre daher nach meinem Ermessen wenig für uns verloren, wenn Carbolsäure ganz aus der Pharmacopoe verschwinden würde. Aeusserlich angewandt ist das Mittel selbst in 1% Lösung nicht ungefährlich (Czerny). Nach Anwendung einer 2—3% Lösung habe ich öfter Gangraen der Finger gesehen, einmal des ganzen Fusses, so dass eine Amputation vorgenommen werden musste. Nach

L e v a i findet sich unter 1000 chirurgischen Patienten eine Carbolsäuregangraen.

Carbolsäurelösung in der Scheide angewandt sah ich oft von toxischen Erscheinungen gefolgt. Eine Carbollösung, die von einem Arzt in nicht zu entschuldigender Weise in das Rectum als Desinficiens eingeführt wurde, tödtete Patientin in wenigen Minuten.

D i s t o m a l a n c e o l a t u m, i n d e r f r e i e n B a u c h h ö h l e g e f u n d e n.

Das Präparat befindet sich unter dem Microscop, es ist durch seine Seltenheit bemerkenswerth.

Distoma lanceolatum wird im menschlichen Körper äusserst selten angetroffen. A s c h o f f fand bis zum Jahre '94 nur 4 Fälle in der Literatur. Mein Fall mag als Unicum dastehen, da ich das Parasit lebend in der freien Bauchhöhle auffand. Viel häufiger findet sich Distoma im Verdauungstract der Thiere, besonders der Wiederkäuer.

Distoma lanceolatum gehört zur Klasse der Trematodes, der Saugwürmer, wird meistens in stehendem Süsswasser der warmen Klimaten gefunden. Durch den Genuss solch' inficirten Wassers gelangt es in den Magen, von da findet es seinen Weg in die Gallengänge und Gallenblase und gibt oft zu schweren Störungen Veranlassung.

In meinem Falle handelte es sich anscheinend um eine linksseitige Pyosalpinx. Die Krankengeschichte gab keinen Aufschluss über den Character der Genitalinfection. Patientin, eine 44 Jahre alte Frau, war immer gesund gewesen; 17 Jahre verheirathet hat sie 6 Kinder geboren, letztes vor 3 Jahren. Die Geburten verliefen alle normal. Menstruation regelmässig, ohne Schmerzen, letzte Periode vor 20 Tagen. Seit einigen Monaten litt Patientin an hartnäckiger Verstopfung und zunehmender Schwäche. Icterus wurde nie bemerkt. Es stellten sich Schmerzen in der linken Seite des Beckens ein, gefolgt von Fieber. Die Frau wurde bettlägerig und kam in diesem Zustand ins Hospital. Bei der Untersuchung fand sich ein grösserer, fluctuirender Tumor im linken Parametrium, den ich für Pyosalpinx hielt.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigten sich die üblichen Verwachsungen. Auf einem Convolut von Därmen, obenauf, lag der Parasit. Zuerst hielt ich es für ein kleines Fetttheilchen, doch bei näherer Betrachtung sah ich, dass es ein länglicher, circa

8 mm langer und 3 mm breiter Körper war, welcher bei Berührung sich bewegte. Trotz eifrigen Suchens wurden keine weiteren Exemplare gefunden, weder in der freien Bauchhöhle noch auch in dem Abscess selbst. Nach Entfernung des tubo-ovarialen Abscesses musste ich der ausgedehnten rohen Flächen wegen tamponiren. Beim Tamponwechsel ergab sich eine in den unteren Theil des Rectums führende Kothfistel, die sich bald spontan schloss.

Es lässt sich nun annehmen, dass der Austritt des Distoma durch die Wand des Rectums erfolgte, dass vielleicht mehrere Exemplare in die Bauchhöhle gelangten und dort durch ihre Anwesenheit einen Abscess verursachten, in welchen Ovarium und Tube eingeschlossen wurden. Es wäre aber auch möglich, dass der Parasit durch den Genitaltract seinen Eingang gefunden und zur Infection der Tube und des Ovariums führte. Baden in durch Distoma inficirtem Wasser würde eine Erklärung sein. Von dem Distoma haematobium wissen wir bestimmt, dass es auf diese Weise seinen Eingang in die menschliche Blase findet. Die Krankengeschichte jedoch lässt eine derartige Möglichkeit kaum zu. Patientin war seit Jahren nicht ausserhalb der Stadt New York gewesen, hat nie anderes Wasser als Crotonwasser zum Trinken oder sonst benutzt. Doch wir wissen aus Erfahrung, wie mangelhaft die hiesigen Trinkwasserverhältnisse bestellt sind, zumal in den Häusern der ärmeren Klasse, wo die Leute oft ganz und gar auf das Tankwasser angewiesen sind. Eine andere Möglichkeit wäre, dass durch den Genuss von frischen Salaten, wie Brunnenkresse etc. der Parasit in den Darm gelangte.

Dr. Schwyzer, der Patholog des Deutschen Hospitals, hatte die Freundlichkeit, das Präparat zu untersuchen. Er bestätigte meine Vermuthung, dass der Parasit ein Distoma sei. Er definirte es als: Distoma lanceolatum.

Die Frau erfreut sich guter Gesundheit.

Zwei Präparate, den typischen Tubal-Abort illustrirend.

Tubal-Abort des ersten Monats halte ich für ein häufiges Ereigniss, welches gewöhnlich ohne besondere Störung verläuft. Anders aber verhält es sich nach dem ersten Monate, wenn das Ovum in seiner Entwicklung schon weiter vorgeschritten ist, hier kann die Blutung aus den zerrissenen Gefässchen lebensbedrohend werden. Die Krankengeschichte beider Fälle ist fast

identisch. Die Frauen sind 28 resp. 32 Jahre alt, haben jede vor 3 Jahren geboren. Vor 2½ Monaten stellte sich eine mangelhafte Menstruation ein, im folgenden Monat zeigten sich blos Spuren von Blut. Zwei Wochen später erfolgte ein starker Blutverlust unter den characteristischen Schmerzen in der Gegend der schwangeren Tube, leichte Ohnmachtsanfälle in einem, ausgesprochener Collaps im anderen Fall; in letzterem wird am darauf folgenden Tag die uterine Decidua abgestossen.

Bei der Operation zeigte sich die erwartete Blutmenge im Abdomen theils in geronnenem, theils frischem Zustand. Der Foetus, welcher jedenfalls durch die Ampulle in die Bauchhöhle austrat, konnte wie gewöhnlich nicht gefunden werden. Die Tube enthielt in Blutcoagula eingebettete Eitheile.

Glatter Verlauf beider Fälle.

Carcinomata uteri, 4 Fälle. Fibro-Myomata uteri, 6 Fälle.

Sie sehen hier Carcinomata im Frühstadium, wie auch Carcinomata über der Grenze, wo man noch berechtigt wäre, ein Dauerresultat nach Operation zu erwarten. Wie früher, bin ich auch jetzt noch der Ansicht, dass diese vernachlässigten Fälle zum Vortheil der Patienten und deren Angehörigen operirt werden sollten. Wir sehen meist nach dem Eingriff eine Besserung des Allgemeinzustandes der Kranken folgen, und wenn auch das unausbleibliche Ende nicht wesentlich hinausgeschoben wird, so ist doch durch die Operation der Patientin die erschöpfende Blutung und später die Verjauchung des Uterus erspart.

Wegen Myoma uteri führe ich mit Vorliebe die Totalexstirpation per laparotomiam aus, es sei denn, dass die Geschwulst mässigen Grades ist; hier ziehe ich die vaginale Exstirpation vor. Die Präparate zeigen Geschwülste verschiedener Grösse. Ein Fall war durch Pyosalpinx complicirt, in einem anderen hatte cystische Degeneration stattgefunden.

Die Technik der Totalexstirpation hat sich mit den Jahren so vereinfacht, dass wir berechtigt sind, die nöthige Fertigkeit vorausgesetzt, fast immer günstige Resultate zu erwarten. Die Patienten sind alle genesen.

Ich erlaube mir, obigem die Beschreibung einiger Fälle anzufügen, dieselben dürften von allgemeinem Interesse sein.

Gangraen eines der Appendices epiploicae nach mehrfacher Stieltorsion.

Eine 54jährige, wohlbeleibte Frau erkrankte an einem schwer zu deutenden Unterleibsleiden. Der erste Gedanke des behandelnden Arztes war Appendicitis, da die Localität der Schmerzhaftigkeit der Lage des Appendix entsprach. In der Krankengeschichte fehlte jedoch jeder Anhaltspunkt für eine derartige Annahme. Menopause war vor 4 Jahren eingetreten, das jüngste Kind wurde vor 7 Jahren geboren. Seit etwa einem Monat zeigte sich eine leichte uterine Blutung. In der rechten Inguinalgegend traten von Zeit zu Zeit wehenartige Schmerzen auf, auf Druck von aussen ist grosse Empfindsamkeit zu constatiren, Percussion ist negativ. Es wurden einige leichte Schüttelfröste beobachtet, die Temperatur schwankt, überschreitet nie 101, Puls ist schwach, doch unter 100, mässige Stuhlverhaltung. Die vaginale und rectale Untersuchung in Narcose ergiebt einen etwas vergrösserten Uterus, der nach oben rechts durch eine elastische Masse fixirt wird, kein Exsudat, linke Adnexe frei. Die Untersuchung ist trotz der Narcose des Fettleibes wegen wenig befriedigend. Die Diagnose musste in dubio bleiben; in erster Linie musste ich an Appendicitis denken, sodann an die Möglichkeit einer ectopischen Schwangerschaft oder auch an Pyosalpinx. Da der Zustand der Patientin sich verschlimmerte und die Schmerzen täglich zunahmen, entschloss ich mich zur Operation.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle fielen sogleich das ausserordentlich fettreiche Omentum und die daumendicken Appendices epiploicae auf. Rechts ins Becken übergehend fand sich eine Masse, welche aus verklebten Darmschlingen bestand. Nachdem ich einige derselben gelöst, kam ich in der Tiefe auf eine schwärzlich verfärbte Masse, welche, dem Darm noch anhängend, ich als einen der Appendicis epiploicae erkannte. Die obere Partie dieses feigengrossen Körpers war in eine dünne Schnur verwandelt, es war deutlich zu sehen, dass eine 4—5fache Axendrehung stattgefunden hatte, einen Abschnitt der Blutzufuhr veranlassend. Die beiderseitigen Adnexa, sowie die Appendix vermiformis waren gesund.

Grosse, allgemein adhaerente Ovarialcyste.

Jedem Operateur werden von Zeit zu Zeit Cysten begegnen, welche theils durch ihre Grösse auffallen, theils dadurch imponiren, dass in oder um die Cyste Entzündungsvorgänge sich

abgespielt haben, welche die Operation zu einer besonders schwierigen gestalten. Mein Fall gehört sowohl der einen als auch der anderen Categorie an, die Operationsschwierigkeiten waren der Umstände halber auf ein Minimum reducirt. Und doch, da der Fall für mich so Ueberraschendes bot, da mir dergleichen noch nicht vorgekommen, möchte ich versuchen, den empfangenen Eindruck zu beschreiben.

Patientin, 30 Jahre alt, fand, dass seit einigen Jahren ihr Unterleib mässig an Umfang zunahm. Aerzte sagten ihr, sie wäre schwanger, doch zeigte sich bald die Irrigkeit dieser Ansicht. Seit zwei Jahren litt sie an verschiedenen Anfällen von Unterleibsentzündung, war bettlägerig die meiste Zeit, ihr Kräftezustand ward immer precärer. Der Leib wurde gleichmässig stärker, so dass, als sie zu mir kam, eine grosse fluctuirende Geschwulst das ganze Abdomen ausfüllte. Gehen oder gar Treppensteigen wurde ihr sehr lästig.

Meine Diagnose lautete: Ovarialcyste, vielleicht doppelt.

Nach vorsichtigem Einschnitt in der Medianlinie fand ich, dass ich eine Höhle eröffnet hatte, welche ich zunächst als Peritonealraum ansah. Der Schnitt wurde nach oben verlängert, eine grosse Menge Flüssigkeit floss ab. Die eingehende Hand suchte nun nach dem Tumor, es wurde mir alsbald klar, dass ich mich in der Cyste selbst befand. Nachdem nun alle Flüssigkeit entfernt worden war, ergab die Inspection ein sonderbares Bild. Die Höhle, von der dünnen, dem Peritoneum überall eng anliegenden Cystenwand gebildet, erstreckt sich vom kleinen Becken nach rechts unter die Leber, links hoch hinauf zum Diaphragma, in der Mitte hängt ein kleines Beutelchen, nicht ganz zwei Fäuste gross, die ganzen Eingeweide enthaltend. Im Becken zeigen sich verschiedene frisch entstandene Risse auf der inneren Fläche der Cystenwand.

Ich muss gestehen, der Anblick hatte momentan etwas Ueberraschendes, es nahm einige Augenblicke, bevor ich mir das Phaenomen erklären konnte. Der atmosphärische Druck auf das Innere der Cystenwand kam hier zur vollen Geltung. Ich machte Versuche, an den Seiten die Cyste abzulösen, um Luft hinter dieselbe in die freie Bauchhöhle eintreten zu lassen, doch musste ich davon abstehen, da ich mir sagen konnte, dass wenn auch die Verlöthungen nicht überall innig waren, sie doch sehr ausgedehnt sein mussten und zu grossen blutenden Flächen Veranlassung geben würden. Ich tamponirte die Höhle. Heilung nach 6 Wochen.

Entwicklungsfehler, vicariirende Menstruation durch die Brustwarze.

Ein 22jähriges Mädchen mit entschieden weiblichem Habitus gibt an, nie menstruirt gewesen zu sein. Statt dessen traten von Zeit zu Zeit Blutungen an den Brustwarzen auf, und allmonatlich litt sie an vasomotorischen Störungen, die sich in einem urticariaähnlichem Ausschlag äusserten; besonders das Gesicht und die Brust wurden von demselben befallen.

Bei der ersten Untersuchung glitt mein Finger durch eine mässig weite Oeffnung in einen Hohlraum, die Blase. Genauere Untersuchung ergab, dass die Vagina gänzlich fehlte, dass die Urethra durch Coitus sich bedeutend erweitert hatte, so dass der Finger ohne Schmerz eingeführt werden konnte. Vom Rectum und der Blase aus liess sich ein strangartiges Gewebe in der Medianlinie fühlen, jedenfalls die rudimentäre Scheide und der Uterus. Links nach oben fühlte ich ein kleines Knötchen, welches das linke Ovarium sein möchte, rechtes Ovarium fehlte. Die Patientin wurde mit dem Entwicklungsfehler bekannt gemacht, sie hatte keine Ahnung von dessen Bestehen. Coitus hatte sie mit Genuss seit einiger Zeit getrieben, zu einem operativen Eingriff war sie nicht zu bewegen, zumal da ich ihr wenig versprechen konnte. Sie verliess das Hospital und heirathete kurze Zeit darauf.

926 Madison Ave.

Ein Sachverständiger über Sachverständige.

Von

Dr. Edward A. Spitzka.

Es ist kein dankbares Unternehmen, an den Vorschlägen des Herrn Dr. O'Sullivan (siehe Januar-Nummer: „Experts" — a Suggestion") Kritik zu üben, da diese seine Vorschläge vom rein ideal wissenschaftlichem Standpunkt aus unanfechtbar sind und sich überhaupt in den Grundzügen an das System, welches in den mitteleuropäischen Ländern sich ausgezeichnet bewährt hat, völlig anpassen. Darüber lässt sich gar nicht streiten, dass dieses System dem anglo-amerikanischen „Pseudo-System" — so kann man es höchstens nennen — unermessbar überlegen ist. Aber eine andere Frage ist es, inwiefern man solche Reformen,

wie Herr Dr. O'Sullivan sie vorschlägt, überhaupt an unser „System" anpassen könnte, da doch das ganze juridische System dieser beiden Länder, England und Amerika, radikal verschieden von denen jener Länder ist, deren Rechtssystem auf der Grundlage des römischen Rechts oder seiner Modification, des Côde Napoléon, beruht. So vollkommen steht das römische Recht in Gegensatz zu dem englischen Common Law in jenen Richtungen, welche die Benützung von Sachverständigen einschliessen, dass ein solcher Gerichtshof im fünfzehnten und sechzehnten Jahrhundert (die Rota Romana genannt) sich geschämt haben würde, hätte man das Ansinnen an ihn gestellt, sein Verfahren mit dem im Staate New York practicirten überhaupt in Vergleich zu ziehen. Ich bin nicht genügend Jurist, um klar und deutlich die Grunddifferenzen der beiden Rechts-Systeme darzulegen, aber ich will nur darauf hinweisen, dass nach englischem System der Richter kaum etwas anderes ist, als eine Puppe, eine Art „Unparteiischer" zwischen zwei streitenden Parteien, der weniger über das Streitobject, als über die Finten der Streitenden sein Urtheil abzugeben hat.

Nach dem römischen Recht ist der Richter derjenige, der wirklich judicirt, und die Machtvollkommenheit des Richters nach mitteleuropäischem und römischen Recht erstreckt sich gerade auf jenes Feld, innerhalb dessen die von Dr. O'Sullivan mit Recht gerügten Missbräuche so freien Spielraum in den englisch-amerikanischen Gerichten finden.

Das erstere erlaubt dem Richter, beziehungsweise dem Richter-Collegium, das Einfordern von Gutachten seitens Sachverständiger, entweder aus eigenem Antriebe oder auf Antrag der Parteien. Die Gutachten werden schriftlich gemacht und ausgefertigt auf Grundlage eines gründlichen Studiums des Falles. Es werden alle „res gestae, corpus delicti etc" den betreffenden Sachverständigen zur Verfügung gestellt und das Richter-Collegium, sowohl als auch die Anwälte der Parteien, haben genügende Muse, ein solches Gutachten zu durchmustern. Hier im Staate New York ist es, glaube ich, noch nicht vorgekommen, dass ein schriftliches Gutachten eingefordert worden wäre; die Sachverständigen werden gewissermaassen aus dem Stegreif citirt. Es werden ihnen, wie Dr. O'Sullivan sehr richtig bemerkt, die Thatsachen mitgetheilt, wie sie gerade den betreffenden Parteien in den Kram passen, und, was das Allerniedrigste ist — und ich kann versichern, dass das beinahe der universelle

Usus ist — es werden ihnen die Fragen und Antworten vorher förmlich eingepaukt, so dass nicht selten selbst jener Experte, dessen wissenschaftlicher Stolz sich gegen ein solches Verfahren empört und der sich solchem Verfahren nicht willig unterwerfen mag, sich doch mehr oder weniger in der selbstbewussten schmachvollen Lage befindet, des Papageis Thätigkeit im Nachsagen verrichtet zu haben.

Ich habe selber den Standpunkt des Herrn Dr. O'Sullivan vor Jahren vertreten und habe ihm sogar Ausdruck verliehen auf dem Zeugenstand als persönlicher Zeuge bei Gelegenheit des Processes gegen den Attentäter auf das Leben des Präsidenten Garfield. Aber langjährige Erfahrung und die dadurch gewonnene, wenn auch oberflächliche Einsicht in das juridische System, so wie auch die nähere Bekanntschaft mit den Ansichten amerikanischer Juristen jeden Ranges, berechtigen mich zu der Behauptung, dass die betreffenden Ansichten in ihrer Theorie recht schön, aber undurchführbar sind. Unser ganzes juridisches System müsste erst von Grund aus verändert werden, und Jeder, der, wie ich, der Ansicht ist, dass die verlangte Einstimmigkeit der Geschworenen ein Blödsinn ist, wird mit mir auch darin eines Sinnes sein, dass das ganze juridische System dieses Landes gründlich reformbedürftig ist, und bis das geschieht, wird noch sehr viel Wasser den Hudson hinunterrinnen.

Nehmen wir nun folgende Vorschläge des Dr. O'Sullivan vor. Ich citire wörtlich: „Some provision should be made for an appeal, from the opinions so filed to some larger body of duly qualified ‚Experts,' whose opinion on the matter as presented would be final." Dann fahre ich fort. Augenblicklich werden Juristen — und ich bin der Ueberzeugung, beinahe einstimmig — das wiederholen, was ich schon oft zu hören bekommen hatte: „The idea! Why, that's making of the Experts a Witness, Juror and a Judge" Das habe ich gerade in diesen Worten und ähnlichen häufig gehört. Aber der letztere Theil des von Dr. O'Sullivan gemachten Vorschlags würde dieselben Herren zu dem weiteren indignirten Aufschrei veranlassen: „Why, you are making a regular Court of Appeals out of your Experts"

Selbst angenommen, das juridische System hier wäre so radical umgestaltet worden, dass das europäische Sachverständigen-System damit in Harmonie gebracht werden könnte, so würden sich dagegen doch sehr ernste Bedenken erheben.

Ein solches System setzt nämlich eine bestehende medicinische

Central-Behörde voraus, und die giebt es in Amerika nicht. Wir haben solche Behörden in einzelnen Staaten; aber es wird gewiss kein College ernstlich behaupten wollen, dass diese staatlichen Behörden, mit Ausnahme von solchen in Massachusetts und ein oder zwei anderen Staaten, einen Schuss Pulver werth sind. Im Gegentheil, in vielen Fällen würde das Ueberweisen der Auswahl und der Anerkennung von Sachverständigen seitens solcher Behörden, die kaum den Namen „Behörden" verdienen, oder gar gewisser medicinischer Gesellschaften, wie es Dr. O'Sullivan vorschlägt, — von den „Duplir-Mühlen" gar nicht zu sprechen — die ganze Sache in ein schlimmeres Cliquewesen degeneriren lassen, als es jetzt bereits der Fall ist.

Ich bin zu dem folgenden Resultat gekommen. Wie die Sachen einmal hier liegen, bei unserem mündlichen Verfahren, bei der grossen Publicität aller Gerichtsverhandlungen, die sich ja besonders und mit Vorliebe auf Sachverständigen-Aussagen erstrecken, um dieser Oeffentlichkeit eine Concession zu machen: dass man gerade unser jetziges, an und für sich miserables System sich zu Nutze machen sollte, indem man die Advocaten in den Stand setze, unfähige, abenteuernde und andere Pseudo-Experten zu entlarven und öffentlich zu brandmarken. Der Hauptdienst, den der wissenschaftliche Sachverständige heute in einem von guten Advocaten geführten Processe leistet, ist nicht das theatermässige Auftreten auf dem Zeugenstand, sondern das, was er hinter der Scene thut. Er erzieht den Advocaten gewissermaassen. Es giebt hundert Fragen in der Medicin, die behufs legitimer Benützung nicht jedem logischen Kopf klar gemacht werden können — und jeder Advocat sollte ein logischer Kopf sein, ist es aber leider nicht immer. Ich könnte Fälle anführen, wo sich ein Conklin, ein Choate und andere hervorragende Advocaten der Mühe unterzogen hatten, die Veränderung der Blutgefässe des Gehirns durchzuarbeiten, um die Abtretung eines unfähigen politischen Arztes vom Zeugenstande, mit Schimpf und Schande und gleich einem begossenen Pudel zu veranlassen. Es wird lange dauern, aber es sind bereits Zeichen eines grossen Umschwungs auf diesem Felde zu verzeichnen, die zu der Aussicht berechtigen, dass auf diesem Weg, — und er ist ein sichererer als irgend einer zur problematischen Umwälzung des ganzen Systems — sich eine Purificirung des Sachverständigen-Systems ausbilden wird.

Die Tage sind vorbei, wo Sachverständige mit glänzendem

Aplomb den Zeugenstand betraten, die kaum der grammaticalischen Schriftsprache mächtig waren. Es sind erst 15 Jahre her, dass zwei gewerbsmässige „Sachverständige" in drei verschiedenen Mordprocessen dieselben Irrsinns-Theorien in Anspruch nahmen für die betreffenden Mörder, für dieselbe Advocatenfirma, und Beide sind seitdem, der eine in, der andere ausserhalb einer Irrenanstalt gestorben.

Ich betrachte also, so beschämend das, und zwar weniger für uns Aerzte, als für die Juristen ist, die einzige practische Aufgabe unserer Fachgenossen vor Gerichten, in der Benützung des Forum als einer Arena, in welcher der Kampf um's Dasein zwischen tüchtigen Juristen und untüchtigen Sachverständigen ausgefochten werden muss — und dieser Kampf kann ausgefochten werden, auf Grundlage eines ehrlichen, wissenschaftlichen Kreuzverhörs. Aerzte, die so organisirt sind, dass sie sich vor einem Kreuzverhör scheuen, müssen einfach die Sachverständigenlaufbahn vermeiden, ebenso wie es Jedem freisteht, sich nicht als öffentlicher Redner zu blamiren, wenn ihm die Gabe der freien Rede versagt ist. Er wird dadurch gewiss keine Einbusse an wissenschaftlichem Ansehen erleiden; aber der Arzt, der einmal in die Lage kommt, ob freiwillig oder durch die Umstände gezwungen, als Sachverständiger zu fungiren, der ist es nicht nur sich selbst, sondern auch seinen Fachgenossen schuldig, den Collegen von der anderen Facultät, die gar zu gern das Sprüchwort anwenden: „when Doctors disagree, who shall decide" — zu zeigen, „was eine Hacke ist." Gerade im Specialfach der Psychiatrik sollte ein wissenschaftlicher Zeuge, bedauernd lächelnd über jeden Versuch eines Advocaten, ihn durch involvirte Sätze oder logische Rösselsprünge in Verlegenheit zu bringen, sich als Meister seiner Sache zeigen.

Mit der freundlichen Einwilligung des Herrn Redacteurs, werde ich mir nächstens erlauben, den Herren Collegen einige Winke in Bezug auf ihre Lage als gezwungene Zeugen zu geben, oder vielmehr den Versuch dazu zu machen.

66 E. 73. Str.

Referate und Kritiken.

Taschenbuch der Untersuchungsmethoden und Therapie für Dermatologen und Urologen. Herausgegeben von Dr. Albrecht Freiherr von Notthaft. Verlag von Seitz & Schauer. München 1900.

Vorliegendes Taschenbuch ist eine neue Erscheinung auf dem medicinischen Büchermarkte, die sicherlich mit Freuden begrüsst werden kann. Wenn der Verf. sein Werkchen ein Taschenbuch für Dermatologen und Urologen nennt, so ist dies sicher zu wenig gesagt, denn dasselbe eignet sich gerade so gut und vielleicht noch mehr für den allgemeinen Practiker wie für den Specialisten, da ersterer auf die Behandlung der Krankheiten der Haut und der Harn- und Sexualorgane nicht gut verzichten kann und ihm Vieles, was in dem Taschenbuch enthalten ist, nicht so geläufig sein dürfte, wie dem Specialisten und dem mit der Specialliteratur Vertrauten. Der Verf. hat naturgemäss bei der Anordnung und Bearbeitung des Stoffes sich von den Bedürfnissen des Practikers leiten lassen. Dass er hierbei die richtige Auswahl getroffen hat, möge die nachfolgende kurze Skizzirung des Inhaltes zeigen, da es leider nicht angängig ist, an dieser Stelle auf letzteren selbst näher einzugehen. Die Hauptabschnitte sind folgende: I. Ernährungsverhältnisse und Gewichtszunahme der Säuglinge. II. Von der Ausnützung der eingenommenen Nahrung durch den Stoffwechsel. III. Nahrungsmittel (Nährgeldwerth der Nahrungsmittel, procentische Zusammensetzung derselben, Tabelle der wichtigsten Nahrungs- und Genussmittel, anzeigend deren Werth an Nährstoff und Kohlenhydraten). IV. Allgemeine anatomische und physiologische Notizen (Körpergewicht, Zahndurchbruch). V. Anatomische und physiologische Daten aus dem Gebiete der Haut und der Harnwege. VI. Untersuchungsmethoden für Harnwege und Haut (Untersuchung des Harns, Same und Prostatasecret, instrumentelle Untersuchungsmethoden, Bacteriologisches). VII. Aus der allgemeinen Arzneiverordnungslehre (Maasse und Gewichte, Reduction des Unzengewichtes in Grammgewicht, Tropfentabelle, Vergleich der Thermometerscalen, Tabelle über die Löslichkeit chemischer Präparate in Wasser, Weingeist und Aether, Arzneiformen, Corrigentien). VIII. Pharmacopoea oeconomica. IX. Uebersicht über bei Krankheiten der Haut, Harnwege und Geschlechtsorgane verwendbare Arzneimittel. X. Besondere Vorsichtsmaassregeln in der dermatologischen und urologischen Praxis, speciell bezüglich der Anwendung der Arzneimittel (Maximaldosen, explosions- und detonationsfähige Mittel). XI. Behandlung der einzelnen Krankheiten der Haut, Harnwege und Geschlechtsorgane. XII. Electrotherapeutische Notizen. XIII. Balnea medicata. Die Verlagshandlung hat ausserdem dem Werkchen als Anhang und Beilage ein Calendarium mit Dermatologenverzeichniss u. s. w. beigegeben, wodurch die Brauchbarkeit des Taschenbuches noch erhöht wurde.

Die Ausstattung des Buches, Druck, Papier, Format und Einband, ist äusserst geschmackvoll. Das Taschenbuch ist jedem Arzte auf das Wärmste zu empfehlen.

Taschenbuch für den bacteriologischen Practikanten, enthaltend die wichtigsten technischen Detailvorschriften zur bacterio-

logischen Laboratoriumsarbeit. Von Dr. Rudolf Abel. Fünfte Auflage. Verlag von A. Stuber (C. Kabitzsch) Würzburg 1900.

Das Büchlein enthält in knappen Worten, allein trotzdem in genügender Ausführlichkeit die nöthigen Anleitungen zur Vornahme bacteriologischer Labarotoriumsarbeiten, und sind vor Allem auch die neueren Forschungen auf dem Gebiete der Bacteriologie berücksichtigt worden. Besonders eingehend abgehandelt sind die Abschnitte über Cultur- und Färbemethoden, sowie die für die Diagnose von Tuberculose-, Typhus-, Cholera-, Diphtherie- und Gonorrhoeerkrankungen nöthigen Untersuchungsmethoden, während den Vorschriften zur Gewinnung von Bacterienstoffwechselproducten und zur Immunisirung gegen Bacterienwirkungen kein besonderes Capitel gewidmet ist; dieselben sind vielmehr in kürzester Form an den entsprechenden Stellen des Abschnittes über Nährsubstrate, Cultur- und Färbemethoden eingefügt. Das hübsch ausgestattete Büchlein ist zum Hinzufügen von Notizen und Bemerkungen mit weissem Papier durchschossen. Dass schon nach ganz kurzer Zeit eine 5. Auflage nöthig war, ist genügende Empfehlung für das Werkchen, indem dadurch am besten dargethan wird, welcher Beliebtheit sich dasselbe seit seinem ersten Erscheinen erfreut.

R.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

Münchener Medicinische Wochenschrift, 1900, No. 2 mit 4.

1) J. Lange: *Ueber Krämpfe im Kindesalter.* (I. Referat, erstattet in der Abtheilung für Kinderheilkunde der 71. Naturforscherversammlung zu München 1899.)

Verf. bespricht in ausführlicher und klarer Weise die Eclampsia infantum; er präcisirt in gedrängter Kürze die Symptome, um desto eingehender bei der Aetiologie und Pathogenese zu verweilen. Wir sind gewöhnt, die Convulsionen des Kindesalters in organisch bedingte und in functionelle Krämpfe zu scheiden, wobei der Unterschied factisch nur darin liegt, dass wir bei ersteren eine anatomisch nachweisbare Veränderung nachzuweisen im Stande sind, während uns dieses greifbare Substrat in letzterem Falle bis dato fehlt. Die functionelle Eclampsie wird ferner von den meisten Autoren in eine sympathische und eine idiopathische Eclampsie geschieden, ob mit Recht, lässt der Verf. dahingestellt. Bezüglich der ersteren wieder schliesst sich L. der Soltmann'schen Eintheilung in eine Eclampsia reflectoria und eine Eclampsia haematogenes an. Betreffs der Therapie

führt Verf. im Grossen und Ganzen Folgendes an: Wie beim epileptischen Anfall sorgt man für Lockerung beengender Kleidung, besonders am Halse und am Leibe, um Athmung und Blutumlauf möglichst wenig zu behindern. Ferner empfiehlt sich jedenfalls die Anwendung eines lauwarmen Bades mit vorsichtigen, kühlen Uebergiessungen. Ist ein Bad nicht zu beschaffen, so können kühle Umschläge auf den Kopf empfohlen werden. Von Eisbeutel, kalten Packungen und kalten Bädern ist Verf. ganz abgekommen, sie schienen ihm öfters sogar erregend zu wirken. Das beliebte Besprengen des Gesichts und der Brust mit kaltem Wasser hilft bei schweren Anfällen nichts, in leichteren ist vielleicht eine Anregung der Respiration zu erwarten. Auch die Verabreichung beruhigender oder ableitender Clysmata mit Camillen- oder Essigzusatz hat keinen besonderen Effect, für leichtere Fälle sind sie immerhin empfehlenswerth. Eine weitere Methode besteht in dem Ansetzen von Blutegeln an den Nacken, resp. die Warzenfortsätze, eine Behandlung, die nur bei sehr kräftigen Kindern und intensivem Blutandrang nach dem Kopfe eine Berechtigung hat. In wirklich schweren Fällen, speciell auch bei Theilnahme der Athemmusculatur bleibt uns als souveränes Mittel die Narcose, am ehesten mit Chloroform, im Nothfalle auch mit Aether. L. ist hierin ein grosser Anhänger von Trousseau und Henoch, auch insofern, als er die grosse Angst vor der Chloroformnarcose nicht theilt. Aether erscheint ihm weniger angebracht, weil derselbe leicht Congestion der Respirationsschleimhaut hervorrufen kann. In prognostisch weniger ungünstigen Fällen genügt Chloralhydrat, am besten per Clysma beigebracht, aber in grossen Dosen, bei Kindern unter einem halben Jahre 0,5 g pro dosi, bei älteren 1,0 in 30,0—50,0 Salepschleim. Kleinere Dosen sind in der Wirkung unsicher. Der Nachlass der Krämpfe pflegt innerhalb 10 Minuten, zuweilen noch schneller einzutreten. In den Fällen schliesslich, wo immer wieder in grösseren oder geringeren Pausen Anfälle verschiedenster Intensität auftreten, sind die sedativen Mittel am Platz, an ihrer Spitze die Bromsalze. Mit kleinen Mengen wird nur wenig erreicht. Man verordne eine 5proc. Lösung und lasse hiervon 2stündlich 1 Kaffeelöffel, bei Kindern über einem Jahre auch einen Kinderlöffel voll nehmen, bis deutliches Nachlassen der Krämpfe erfolgt. Wenig Erfolg haben die T. ambrae c. Moscho, ferner die Flores Zinci etc. Dagegen tritt L. warm für die Verabreichung von Phosphor bei den sogen. idiopathischen Krämpfen ein. Schon nach 2, höchstens 3 mal 24 Stunden pflegen die hartnäckigsten Convulsionen zu verschwinden, und giebt man noch einige Wochen Phosphor weiter, so kommen sie auch nicht wieder. L. ist der Ueberzeugung, dass der Phosphor direct antispasmodisch wirkt, und wurde hierin durch einen von ihm angestellten, in der vorliegenden Arbeit näher beschriebenen Thierversuch bestärkt.

2) Krecke (München): *Adenocarcinom des Coecum, Invagination, Resection, Heilung.*

Verf. giebt die Kranken- und Operationsgeschichte einer 63-jährigen Patientin, die an einem Adenocarcinom der Coecalgegend litt. Bei der Pat. ist jetzt ein Jahr seit der Operation verflossen und von Recidiv keine Spur aufgetreten. K. hofft, dass auch dieser Fall später zu den Dauerheilungen von Coecumcarcinom gehören wird.

3) Häberlein (Zürich): *Der heutige Stand der Salzwasserinfusionen, nebst Beschreibung eines compendiösen Infusionsapparates.*

Es unterliegt keinem Zweifel, dass in Fällen acuter Anämie chirurgischer und geburtshülflicher Provenienz kein Mittel so schnell und in so hohem Maasse bei absoluter Gefahrlosigkeit belebend auf die Herzthätigkeit wirkt, wie die Infusion. Noch günstiger sind die Resultate beim acuten Brechdurchfall der Kinder. Im Allgemeinen ist die Infusion von Kochsalzlösungen indicirt in allen Fällen, wo der Herzpumpe das nöthige Blutquantum fehlt, wo der Körper durch Säfteverlust ausgetrocknet, oder wo die Flüssigkeitsaufnahme darniederliegt, wo das Blut und Gewebe durch giftige Substanzen angefüllt sind, die Herzkraft erlahmt, die Drüsenthätigkeit vermindert ist, die nervösen Centren betäubt sind. Als Contraindicationen gelten allgemein die Zustände von Herzinsufficienz mit Cyanose und Lungenoedem und hochgradiger Hydrops bei Nephritis.

H. beschreibt dann den von ihm zusammengestellten Apparat. Die Anwendung des Heberprincips macht ein voluminöses Gefäss überflüssig. Die Zusammenstellung des Verf. enthält daher nur verschiedene Hohlnadeln (von Stahl für den subcutanen und von Glas für den intravenösen Gebrauch), einen ca. 135 langen und einen kurzen Schlauch mit Plongeur und 2 Glasbügel. Dazu kommen die nothwendigen Hülfsmittel, Kochsalzpastillen à 1,0, Thermometer und englisches Heftpflaster.

Zum Schlusse fasst Verf. seine Ausführungen in folgende Sätze zusammen: 1. Die subcutane intravenöse Infusion ist bei verschiedenen Krankheiten und pathologischen Zuständen wirksam. 2. Die Infusion steriler, 0,75proc. Kochsalzlösungen unter aseptischen Cautelen ist absolut gefahrlos und mit dem geeigneten Instrumentarium leicht und in kürzester Zeit ausführbar.

4) A. Luxenburger: *Experimentelles und Klinisches über Orthoform.* (Aus der chirurg. Universitätspoliklinik in München.)

Aus der ausführlichen Arbeit des Verf. seien folgende Punkte hervorgehoben: Das Orthoform besitzt einen nicht unbeträchtlichen antiseptischen Werth. Von einem eigentlichen Antisep-

ticum ist dasselbe noch weit entfernt, aber als solches soll es ja auch nicht dienen. Da sich in dem käuflichen Orthoform keine Keime befinden, und diejenigen, welche beim Hantiren mit der genannten Substanz oder beim Offenstehen des Vorrathgefässes hineingelangen, sicher nach längerem Contact mit Orthoform meist zu Grunde gehen oder ihre Virulenz einbüssen, so kann das Mittel ohne weitere Sterilisation benützt werden. Da nun das Orthoform nicht als vollwerthiges Antisepticum gelten kann, war man gezwungen, dasselbe mit den lang bewährten Desinficientien zu combiniren, ebenso aus naheliegenden Gründen mit anerkannt granulationsbefördernden und die Secretion hemmenden Substanzen. Nun war zu bedenken, dass vielleicht länger dauernder Contact des Orthoforms mit anderen Stoffen und Agentien auf der Wundfläche Veranlassung geben könnte zur Bildung neuer, in ihrer Wirkung unbekannter, event. sogar den Wunden schädlicher chemischer Körper. Verf. hat nun in dieser Richtung eine Reihe dankenswerther Versuche angestellt, aus denen mit Sicherheit hervorgeht, dass unter den gebräuchlichen Desinficientien bei gleichzeitiger Orthoformanwendung abzusehen ist von Formalin, Argentum nitricum und Kal. permanganatlösungen. Sublimat dürfte kaum durch den Orthoformzusatz seine Wirksamkeit einbüssen. Aetzmittel wie Terpentinöl, Jodtinctur, Cuprum sulfuric.-Lösung verhalten sich Orthoform gegenüber ziemlich indifferent. Auch eine Combination mit Ichthyol bietet Vortheile, wobei als bequemer Träger Glycerin oder Collodium benützt werden kann. Gut lassen sich ferner mit Orthoform combiniren Jodoform, Thiojodoform, Dermatol, Zinkpuder, Europhen, Aristol, Calomel und Salicylsäure. Bismuthum subnitricum in Verbindung mit Orthoform wird nach einigen Tagen chocoladebraun, und ist daher besser von dieser Pulvermischung abzusehen. Carbolsäure, 3proc. bis 5 proc., verändert Orthoform nicht. Aehnliches lässt sich für Lysol und Kresollösungen sagen. Ferner lassen Bleiwasser, Bor und essigsaure Thonerde das Orthoform anscheinend ganz unberührt.

Verf. führt dann kurz 198 Fälle an, in denen fast ausnahmslos der Zweck der Orthoformapplication, die Schmerzbefreiung erreicht wurde, und zwar trat dieselbe nach geringgradigem Brennen gewöhnlich nach 3—5 Minuten, seltener nach 8 Minuten ein, unter steter Voraussetzung, dass Continuitätstrennungen der Haut den directen Contact des Mittels mit den sensiblen Nervenendigungen ermöglichten. Die Dauer der Anästhesie variirt zwischen Stunden und Tagen und ist in erster Linie von der Quantität des Aufwandes an Substanz abhängig.

Bezüglich der von verschiedenen Seiten gemeldeten unangenehmen Nachwirkungen des Orthoforms spricht sich L. in folgender Weise aus: Nach seinen Erfahrungen sind Orthoformekzeme selten (5 unter 330 Fällen), Gangraen noch seltener. Zur Entstehung des Orthoformekzems gehört in erster Linie eine selten vorkommende Intoleranz des Individuums. Zu reichliche

Aufpulverung und Localisation der zu behandelnden Affection dürften dabei ebenfalls eine Rolle spielen. Das Auftreten einer Orthoformnecrose erfordert neben einer Idiosyncrasie des Individuums hauptsächlich an und für sich schlecht ernährte Gewebstheile, die unter dem ungünstigen Einfluss einer Blutstauung oder auch einer Infection stehen. Aus diesen Sätzen ergiebt sich von selbst ein Wegweiser zur Vermeidung der in Rede stehenden Nachtheile. Vor Allem darf Orthoform nur unter häufiger Controle des Arztes benutzt werden. Selbstbehandlung ist, da der Patient sich über sein Befinden täuscht, verwerflich. Der Arzt kann den Ekzemen in vielen Fällen aus dem Wege gehen durch anfängliches Vermeiden zu luxuriösen Gebrauches, durch Deckung der Geschwürsumgebung mit dicker Zinkpaste. Tritt doch Ekzem auf, so ist mit Aussetzen des Orthoforms und 2—3tägigem Puderverband etc. dem kleinen Schaden leicht abgeholfen. Zur Verhütung von Gangraen ist Leuten mit starker venöser Stauung in den Beinen strengste Bettruhe anzuempfehlen, ferner ist bei vermuthlicher Infection der Geschwüre die desinficirende Behandlung mit den gebräuchlichen Antisepticis nicht zu versäumen.

Ferner ist nach den Untersuchungen des Verf. zweifellos, dass Orthoform weder die Secretion vermehrt, noch die Wundheilung verzögert. Mehr braucht man von ihm auch nicht zu verlangen. Es genügt vollständig, dass es bei maassvollem Gebrauch, besonders in der Hand des Arztes, ein absolut unschädliches Localanästheticum ist, welches dem Chirurgen gestattet, mit geradezu verblüffender Sicherheit den Wundschmerz zu beseitigen.

5) M. Simmonds: *Ueber Blutungen des Endometrium bei Sklerose der Uterinarterien.*

Verf. ist der Ansicht, dass man in allen Fällen, wo stärkere Gefässalterationen angetroffen werden, berechtigt ist, diese mit den Menorrhagien im Klimakterium in Zusammenhang zu bringen. Im Gegensatz zu den bei der Apoplexia uteri der Greisinnen auftretenden, in erster Linie durch hochgradige Verengerung der Arterien bedingten und bei sinkender Herzkraft auftretenden Haemorrhagien, wären die in den klimaterischen Jahren beobachteten Blutungen als Folge der Congestion des Organs während der Menstruation bei bestehender grosser Starrwandigkeit der Gefässe aufzufassen. Man hat daher bei hartnäckigen Gebärmutterblutungen älterer Frauen nach Ausschluss anderer aetiologischer Momente an die Arteriosclerose zu denken, und bei der bisweilen beobachteten Ohnmacht aller therapeutischen Maassregeln in derartigen Fällen ist die Entfernung des Organs als ultimum refugium vollkommen berechtigt.

6) Th. Kölliker (Leipzig): *Ein zweiter Fall von Entfernung des Schultergürtels wegen Sarkom der Scapula.*

Im Jahre 1897 konnte Köllik e r's Assistent, G. F r a n c k e, über eine von K. ausgeführte Entfernung des Schultergürtels wegen Sarcoms der Scapula berichten; der Kranke ist fast 2 Jahre nach der Operation an Metastasen des Gehirns und der Lunge gestorben. K. hat inzwischen die Operation nochmals ausgeführt bei einem 56jährigen Patienten. Der Gang der Operation wird von Verf. kurz beschrieben. Pat. erholte sich rasch und machte eine Reconvalescenz durch, die nur durch ein Delirium potatorum gestört war. Ein halbes Jahr nach der Operation erlag Pat. einer Influenza-Pneumonie. Kein Recidiv.

7) H. W e i s s: *Blutdruckmessungen mit* G ä r t n e r's *Tonometer.* (Aus der med. Abtheilung des Prim. Doc. Dr. Pal im k. k. allgem. Krankenhause in Wien.)

Von allen bisher construirten Tonometern hat das G ä r t n e r'sche die Eigenschaft der überaus leichten Handhabung und der prägnanten objectiven Controle voraus. Es muss aber ausdrücklich hervorgehoben werden, dass es sich bei den damit erhaltenen Zahlen um relative Werthe handelt, die eigentlich nur Schlüsse auf ein und dasselbe Individuum gestatten. Bezüglich der Methode der Messung und der damit durch Verf. erzielten Resultate muss auf die Originalarbeit verwiesen werden.

8) G. M a y e r: *Zur Pathologie der Miliartuberculose.* (Aus der Untersuchungsstation am Garnisonslazareth Würzburg.)

Der von M. geschilderte Fall von Miliartuberculose zeigt einerseits in der Krankengeschichte, andererseits im Sectionsbefund und bei der histologischen Untersuchung einige interessante Befunde. Die sehr ausführliche Arbeit ist zu einem kurzen Referat nicht geeignet. R.

Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie, Bd. 3, Heft 7.

1) *Aix les Bains in Savoyen.* v. L e y d e n.

v. L. giebt in einer kurzen Skizze seine Eindrücke über die Behandlung, die in dieser warmen Schwefelquelle üblich ist. Er hebt besonders die dort geübte Douche-Massage hervor.

2) *Jürgensen und Justesen: Experimentelle Untersuchung über die Salzsäureabscheidung des menschlichen Magens bei verschiedener Nahrung.*

J ü r g e n s e n, der schon seit Jahren ein Gegner der eiweissreichen Nahrung (Fleisch, Eier) bei Superacidität ist, stellt den heutigen Stand der Frage in übersichtlicher Weise zusammen. Schöne und einwandsfreie Versuche, die J u s t e s e n an sich selbst anstellte, und in denen Probemahlzeiten von verschiedenm Eiweissgehalte gegeben wurden, zeigen, dass eiweissreiche Kost

wohl mehr Salzsäure zu binden im Stande ist, dass sie aber auch ein stärekeres Reizmittel zur Säureabscheidung bildet. Demnach wird die Säurecurve höher als bei leichten Kohlehydraten, und sind die letzteren bei der Superacidität vorzuziehen. Der Ausfall der Versuche entspricht durchaus früheren klinischen Beobachtungen und den experimentellen Untersuchungen an Hunden durch den Petersburger Physiologen P a w l o f f.

3) M a r x: *Die Grenzen der normalen Temperatur.*

Verfasser fasst seine Beobachtungen, die er an Patienten des Institutes für Infectionskrankheiten zu Berlin mit Einrechnung von mehr als 200 Patienten der Tollwuthschutzstation anstellte, in folgenden Sätzen zusammen:

I. Die Temperatur des Gesunden bewegt sich normaler Weise unter 37° C. (=98° F.) und zwar zwischen 36° und 37°.

II. Gelegentliche Temperaturerhöhungen bis 37,2° werden auch bei Gesunden beobachtet, sind aber stets auf ganz besondere Ursachen zurückzuführen, z. B. Verdauungsfieber.

III. Temperaturen über 37,2° sind stets mit subject. Unbehagen verbunden und demgemäss schon dadurch als völlig ausser dem Bereich des Normalen liegend deutlcih kenntlich gemacht.

IV. Temperaturen etwas unter 36° kommen auch vor, ohne dass es sich um Collaps handelt.

V. Es giebt zahllose Phthisiker mit noch im Gang befindlichen rein tuberculösen Processen, deren Temperaturen sich in diesen Grenzen bewegen.

4) Z a b l u d o w s k i: *Zur Therapie der Impotentia virilis.*

Verf. beschreibt unter Berücksichtigung mancher specieller Zustände, wie Prostatorrhoe, Spermatorrhoe, Störungen der Harnsecretion etc. seine Methode der Behandlung, in der er besonders eingehend eine von ihm geübte Mthode einer mehr localen Massage beschreibt. Allgemein bekannte physik. therap. Maassnahmen finden ebenfalls volle Berücksichtigung.

5) S c h l a g i n t w e i t: *Zur Behandlung der Nephritis mit Mineralwässern und Bädern.*

Verf., Badearzt in Brückenau, studirte die Wirkung der dortigen „Wernarzer Quelle", die etwa der Wildunger Helenenquelle oder der Vichy-Quelle Célestine entspricht, an einer grösseren Reihe seiner Patienten. Die Beobachtungen sind unter Berücksichtigung der Urinmenge, des spec. Gewichtes, des Gehaltes an Eiweiss und festen Stoffen schön durchgeführt. Unter den Gesichtspunkten der Höhe der Eiweissausscheidung, als Gradmesser des Reizungszustandes der Nieren und des spec. Gewichtes, das die Grösse der Ausscheidung fester Stoffe angiebt, stellt er sehr übersichtlich das mögliche Verhalten der Fälle der Quelle gegenüber zusammen. So ist der Fall, in dem das spec. Gewicht steigt, also mehr feste Stoffe (Harnstoff), ausgeschieden

werden und das Eiweiss fällt, als Zeichen, dass der Reizzustand der Niere verringert ist, der günstigste. Bei Steigen des spec. Gewichts und des Eiweisses reizt die Verordnung zu stark. Bei Sinken des spec. Gewichts und des Eiweiss vermindert zwar die Flüssigkeit den Reizzustand, hat jedoch auf die Ausscheidung der festen Stoffe keine Einwirkung. In dieser Weise etwa giebt Verf. in 9 verschiedenen Sätzen eine klare Anleitung der Verordnung des Wassers. Genauere Details führen für ein kurzes Referat zu weit.

6) Bendix: *Ueber Gährung schwer vergährbarer Zuckerarten.*

Bendix weist in hübschen Versuchen nach, dass auch solche Zuckerarten, welche bisher als schwer oder überhaupt nicht vergährbar galten, durch bestimmte Bacterien nach Zusatz gewisser organischer Substanzen (Pancreatinpulver z. B.) leicht vergährbar sind.

7) Marcuse: *Baden und Schwimmen in ihrer hygienisch-diätetischen Bedeutung.*

Eine hübsche und sehr lesenswerthe Lobrede auf den Nutzen des kalten Bades und der damit verbundenen körperlichen und psychischen Uebung.

8) L. Mann: *Ueber die therapeutische Verwendung hochfrequenzirter* (Arsonval'scher) *Ströme.*

Verf. erwirbt sich sicher ein Verdienst durch seine Arbeit, in der er diese hochgespannten (etwa 10,000 Volt) und hoch frequenzirten (mehrere Hunderttausend in der Secunde) Ströme, die in Frankreich seit einigen Jahren eifrig studirt werden, der deutschen Aerztewelt näher rückt. Auch bei uns schon bearbeitet, sind diese Ströme geiegnet, die Oxydationsvorgänge im Körper zu steigern und werden deshalb bei chron. Rheumatisums, chron. Arthritis, Diabetes, Lipromatose gerühmt und verwendet. Doch ist auch über grosse Mattigkeit nach der Application des Stromes berichtet worden. Das Referat stützt sich hauptsächlich auf französische Arbeiten. Dauber.

Zeitschrift für klinische Medicin, Bd. 39, Heft 1 und 2.

1) Roth (Berlin): *Zur Frage der Pepsinabsonderung bei Erkrankungen des Magens.*

Die bisherigen Arbeiten über die Pepsinabscheidung im Magen haben erwiesen, dass dieselbe viel geringere Aenderungen bei Erkrankungen des Magens erlitt, als die der Salzsäure. Obwohl deshalb der practische Werth der genauen Bestimmung der peptonisirenden Kraft des Magensaftes ein relativ geringer ist, hat Verf. eine ganze Reihe Versuche gemacht, an gesunden und kranken Mägen, die des Interesses nicht enbehren. Er be-

nutzt dazu die Mett'sche Methode, die darin besteht, dass man mit coagulirtem Eiweiss gefüllte Glascapillaren von bestimmter Weite und Länge in den auf den Gehalt etwa 1‰ freie HCl gebrachten Magensaft einlegt und sie 24 Stunden lang auf einer Temperatur von 37° C. hält. Das Eiweiss wird an beiden Enden gelöst und die Differenz ergiebt im Vergleichswerthe die peptonisirende Kraft des Magensaftes und somit die Grösse der Pepsinabscheidung. Vergleichende Versuche mit der Hammerschlag'schen Methode, wobei Magensaft zu einer Eiweiss-Salzsäurelösung von bestimmtem Gehalte zugesetzt und später die Differenz dieser Probe und einer nur mit Wasser versetzten nach Esbach bestimmt wird, ergaben grosse Ungenauigkeiten der letzteren. Verf. zieht aus seinen Versuchen folgende Schlüsse:

1) Zur quantitativen Pepsinbestimmung in der Praxis ist die Mett'sche Methode recht geeignet, dass sie mit leichter Ausführbarkeit hinreichende Genauigkeit der Resultate verbindet.

2) Um Vergleichswerthe zu erhalten, muss man immer unter gleichen Bedingungen, besonders bei gleichem Gehalte des Magensaftes an freier HCl untersuchen.

3) Die Schwankungen der Pepsinabscheidung sind normaler Weise ebenso gross wie diejenigen der HCl-Secretion.

4) Es giebt Magensäfte, die ein stärkeres Peptonisationsvermögen haben, als normale (Hyperpepsie).

5) Die höchsten Pepsinwerthe findet man bei Reizzuständen (Ulcus, Secretionsanomalien auf nervöser Basis), die niedrigsten bei Atrophie der Magenschleimhaut in Folge chron. Catarrhes, beim Carcinom, wenn dasselbe von einem solchen begleitet ist, und bei nervösen Störungen.

6) Die Pepsinbestimmungen haben weniger Werth für die Diagnostik, als für die Therapie. Ausserdem sind sie von grosser Bedeutung, da, wo man histologische Untersuchung der Schleimhaut anzustellen Gelegenheit hat. (Immerhin tritt die Bestimmung des Pepsingehaltes auch in therapeutischer Beziehung zurück hinter anderen Symptomen, da wir wissen, dass der Pepsingehalt doch viel geringeren Schwankungen unterworfen ist, als die Salzsäureabscheidung. So fand auch Verf. in 8 Fällen von Atrophie der Magenschleimhaut nur einmal totales Fehlen des Pepsins. Die Praxis lehrt, dass es in diesen Fällen immer gut ist, und jedenfalls niemals schadet, die Verordnung von HCl mit der von Pepsin zu verbinden. Ref.).

2) Umber (Berlin): *Zur Lehre von der Glycolyse.*

Nach der epochemachenden Entdeckung Buchner's, dass der Presssaft der Hefen glykolytische Eigenschaften zeigte, dass er Zuckerlösungen unter Bildung von CO_2 vergohr, stellte Blumenthal Experimente mit dem Presssaft verschiedener Organe an und fand, dass auch dieser diese Eigenschaft besitze. Verf. prüfte diese Daten vor allem an Pankreaspresssaft, an ei-

nem durch Digerirung von zerhacktem Pankreas erhaltenen Extract und am Blute an. Er fand, dass die Resultate Blumenthal's auf Versuchsfehlern beruhten, da die Vergährung der zugesetzten Zuckerlösungen durch Bacterien zu Stande gekommen sei, die entweder in der Agone des sterbenden Thieres durch den Duct. pancreaticus in die Drüse eingewandert, oder durch nicht streng aseptische Behandlung des Saftes während des Versuches demselben beigemischt waren. Es gelang ihm bei streng aseptischer oder antiseptischer Behandlung des Saftes nie, eine grössere Menge Zuckers zur Vergährung zu bringen. Entweder blieb die Gährung ganz aus, oder sie war äusserst gering. Nur im Blute fand er etwas ausgesprochenere Vergährung. Diese seine Ansicht wird gestützt durch die Erfahrung früherer Forscher, dass die den Kaninchen subcutan injicirten Presssäfte Necrosen, Abscesse und leichte Temperaturerhöhungen bedingten und dass die in Wasser suspendirten Alcoholfällungen und die intra venös applicirten Presssäfte die Versuchsthiere ziemlich rasch tödteten. Demnach kommt er im Gegensatze zu Blumenthal zu dem Schlusse, dass das Pancreas ausserhalb des Organismus in keiner Weise eine nennenswerthe zuckerzerstörende Wirkung entfaltet, und dass es in dieser Hinsicht nicht mehr leistet, als auch die übrigen Gewebe des Körpers, deren glykolitische Kraft vornehmlich von Spitzer als zwar vorhanden, aber in bescheidenen Grenzen wirksam demonstrirt worden ist. Was das Blut betrifft, so fand Verf., dass das Venenblut sich wie das Arterienblut verhielt, und das Blut der Ven. pancreaticoduodenalis sich nicht von dem anderen Venenblut unterschied, ein weiterer Beweis, dass dem Pancreas keineswegs die besondere Eigenschaft zukommt, eine glycolytisch wirksame Substanz in die Blutbahn abzugeben. Er wendet sich hierbei auch gegen Lépine, dessen Versuche zeigen sollten, dass das Pfortaderblut eines Hundes mehr Zucker zerstören sollte, als das Milzvenen- und Arterienblut. In Folge dessen hat die Fähigkeit des Blutes im überlebenden oder postmortalen Zustande Traubenzucker zu zerstören, hinsichtlich ihrer Genese mit dem Pancreas nichts zu thun. Die Rolle des Pancreas im Diabetes ist danach heute noch ebenso unerklärlich, wie sie schon zur Zeit der Entdeckung derselben durch von Mering und Minkowski hingestellt worden war. Die neueren Erfahrungen drängen die Bedeutung des Zusammenwirkens der Organe für das Zustandekommen eines normalen Zuckerverbrauches immer mehr in den Vordergrund, wobei dem Pancreas anscheinend eine wichtige, aber nur vermittelnde Rolle zufällt.

3) G. Pierallini (Florenz-Berlin): *Kommen dem menschlichen Pancreas (post mortem) und dem Harn zuckerzerstörende Eigenschaften zu?*

Verf. prüfte diese Frage an dem Safte von 10 Pancreasdrüsen, die alle mindestens 24 Stunden post mortem der Leiche ent-

nommen waren. Er musste daher a n t i septisch im Versuche verfahren und that dies durch Zusatz von Chloroform. Die gefundenen Zuckerverluste sind so klein, dass, wenn man der Methode den Fehler von 0,04% zuschreibt, nur 4 von den 10 Versuchen übrig bleiben, in denen eine stärkere Verminderung stattgefunden hatte. Er erklärt dies damit, dass die Drüsen erst lange nach eingetretenem Tode zur Verarbeitung kamen. In den von ihm untersuchten Harnen von Gesunden und Kranken, darunter Diabetikern, fand P. keine Glycolyse. (Eine vorläufige Skpesis wird diesen Versuchen gegenüber wohl angebracht sein. Ref.).

4) E. B l o c h und H. H i r s c h f e l d (Berlin): *Zur Kenntniss der Veränderungen am Centralnervensystem bei der Leukämie.*

Während bisher nur Veränderungen an den peripheren Nerven und den Meningen im Anschlusse an Leukämie beobachtet waren, sahen die Verfasser bei der histologischen Untersuchung des Centralnervensystems eines an Leukämie gestorbenen Kindes eine diffuse Sclerose des Gehirns und Rückenmarks und acute myelitische Herde in der grauen Substanz des Rückenmarks und neben denselben deutliche Anhäufung von Rundzellen. Dies ist der erste Fall in der Literatur, bei dem es innerhalb des Rückenmarks zu einer echten leukämischen Infiltration kam. Diese Veränderung scheint im Gegensatz zu denen nach permiciöser Anämie nicht mit den Blutgefässen direct in Verbindung zu stehen, und es zeigt sich auch keine besondere Affinität der Noxe für bestimmte Abschnitte des Rückenmarks, wie dies z. B. bei den schweren Anämien für die Fasersysteme der Hinterstränge beobachtet ist.

5) W. v o n M o r a c z e w s k i (Lemberg): *Stoffwechsel bei Lungenentzündung und Einfluss der Salze auf denselben.*

Ausgehend von der Erfahrungsthatsache, dass Pneumonien, welche Chloride nicht retiniren und wenig Phosphate ausscheiden, meist mit dem Tode enden, hat M. 18 Fälle entweder bis zum Exitus letalis oder bis zur vollen Genesung genau in täglichen Harnanalysen verfolgt, und dabei die Imbibition der Gewebe und den Einfluss verschiedener Agentien auf den fiebernden Organismus klarzustellen gesucht. Dabei berücksichtigte er den Einfluss des Zuckers auf die Eiweisszersetzung, den Einfluss der zugeführten Stückstoffmenge auf die Eiweisszersetzung, den Einfluss des Wassers und der Salze und das Verhalten der Kalkausscheidung während des Fieberverlaufs. Es ist durchaus unmöglich, auf die Analysen einzugehen, und ich will mich beschränken, das Wichtigste aus seinen ausführlichen epikritischen Bemerkungen hervorzuheben: Die A u s s c h e i d u n g d e s S t i c k s t o f f s ist während des Fiebers sehr verschieden. Nicht nur jedes Individuum bietet andere Zahlen, sondern ein Kranker

scheidet bei gleicher Diät bald mehr bald weniger Stickstoff aus. Die niedrigste gefundene Zahl war 6 Gramm pro die, die höchste 43 g. Die Ausscheidung des Stickstoffs im Fieber ist von der Stickstoffzufuhr unabhängig, denn der Kranke scheidet bei niedriger Zufuhr viel N aus und die Ausscheidung kann durch erhöhte Zufuhr nicht ensprechend gesteigert werden. Wasser und Chloride vermögen die Stickstoffausscheidung zu steigern, Zucker setzt sie herunter. Geringe Mengen von Kochsalz und ein Gemisch von Kochsalz und Calciumphosphat setzen sie ebenfalls herunter. Die Ausscheidung des Stickstoffs durch den Darm ist meistens im Fieber grösser als in der fieberlosen Zeit. Auch hier übt die Nahrungsmenge keine deutliche Wirkung aus. Doch sind diese gefundenen Werthe nicht beweisend, weil es unbekannt ist, wie weit der Kothstickstoff aus den nicht resorbirten Nahrungsbestandtheilen und der Darmsecretion stammt. Jedenfalls bewirken alle Salze eine Verminderung des Darmstickstoffs. Der Verlust an Stickstoff im Fieber ist von der Nahrung abhängig, d. h. je mehr Stickstoff zugeführt wird, um so geringer ist der Verlust. Das Verhältniss des Stickstoffs zu den ausgeschiedenen Chloriden ist ein sehr variables, viel mehr constant ist das Verhältniss des N. zum Phosphor, denn N. ist immer vermehrt.

Die Ausscheidung der Chloride im Fieber ist bekannt, doch sei erwähnt, dass die vermehrte Chlorausscheidung nicht gleich nach dem Fieberabfall beginnt, sondern erst nach einer Herabsetzung der ohnehin sparsamen Ausscheidung Platz greift. Dagegen ist die Chlorausscheidung ganz anders abhängig von der aufgenommenen Chlormenge, als es beim N der Fall ist, denn je mehr Chlor in der Nahrung, desto mehr in den Ausscheidungsproducten. Doch geht die Ausscheidung nicht in dem gleichen Grade in die Höhe, wie man die Einnahme steigert. Es tritt also eine Chlorretention ein, und diese ist bedingt durch das Wässerigwerden des Organismus.

Die Ausscheidung des Phosphors im Fieber ist mit Recht dem des N parallel gesetzt. Die Vermehrung der Phosphate betrifft die sauren Phosphate. Eine Retention hat Verf. nur selten beobachtet. Wie viel dazu die reichliche Zuckerzufuhr in einem Falle oder die Verordnung von Nuclein im Fieber von der Nahrung wenig beeinflusst.

Die Ausscheidung der Kalksalze ist, wie die der Chloride im Fieber herabgesetzt.

Will man nun aus diesen Ergebnissen practische Schlüsse ziehen, so ist vor allem auf die grosse Bedeutung der reichlichen Stickstoffzufuhr hinzuweisen, es ist nicht nur der Verlauf des Fiebers, sondern auch die Reconvalescenz bei reichlicher N-Zufuhr entschieden günstiger. Den N können wir auf der anderen Seite durch reichliche Zuckerzufuhr schonen, da Zucker eher verbrennt als Eiweiss und da der Zucker die Harnabscheidung herabsetzt.

Eine andere Aufgabe ist, dass wir der im Fieber eintretenden Imbibition der Gewebe, der Verdünnung der Organe mit Wasser entgegenarbeiten. Das wäre möglich, indem wir Salze zuführen, die der Organismus selbst zurückhält. Verf. hat Natriumchlorid, Calciumphosphat und ein Gemisch von beiden gebraucht und damit gewisse Erfolge (Schonung von N und Verkürzung der Reconvalescenz) erzielt. Doch ist ein Salz wie Natriumchlorid nicht nur ein Concentrationsmittel, sondern es schafft auch in den osmotischen Druckverhältnissen uns unbekannte Veränderungen und übt auf die Ausspülung des Organismus durch Steigerung der Diurese Einfluss. Es ist nicht sicher zu entscheiden, ob dies günstig oder ungünstig wirkt. Jedenfalls haben die Versuche des Verfassers gezeigt, dass keine Schädigung durch Salzzusatz bewirkt werden kann. In Fällen mit reichlicher Nahrung war eine Schonung des N nicht zu leugnen, dagegen in Fällen, wo die Stickstoffzufuhr gering war, da bewirkten die Chloride eher eine Steigerung der N-Ausscheidung. Dagegen war bei Salzzufuhr in allen Fällen die Diurese vermehrt, und durch raschere Ausscheidung des retinirten Chlors und Phosphors die Reconvalescenz verkürzt, und so darf wohl angenommen werden, dass der Salzzusatz auch während des Fiebers ähnliche Wirkung habe, wie im normalen Zustande und eine andere Wasservertheilung im Organismus bedingen könne.

6) L. Krever (St. Petersburg): *Uebèr transitorische Spinallähmungen.*

Im Anschlusse an 2 von ihm beobachtete Fälle von transitorischer Spinallähmung, die beide in kurzer Zeit in Heilung übergingen, sucht Verf. unsere Kenntnisse bezüglich der Aetiologie zu erweitern. Es sind dies Lähmungen, die als Myelitiden imponiren, aber nach kürzerer oder längerer Zeit wieder verschwinden. Symptome sind schwere Störungen in der mot. und sens. Sphäre, Störungen der Blasen- und Mastdarmfunctionen etc. Was die interessante Frage nach der pathol. anatom. Grundlage und ihre Aetiologie betrifft, so ist Verf. geneigt, die Verstopfung einer kleineren Arterie oder Capillare anzunehmen. Auch kleine unbedeutende Blutungen können derartige Paraparesen hervorrufen. Dass es dabei nicht häufiger zur Bildung von Infarkten im Rückenmark kommt, ist durch die starke Ausbildung der Collateralen im Rückenmark bedingt. Die Ursachen dieser Embolien des Rückenmarks sind dieselben, wie die der Embolien überhaupt. Gewisse Momente scheinen prädisponirend zu wirken, wie Gravidität, Puerperium, Beschäftigungen, welche mit vielem Stehen oder mit starkem Temperaturwechsel verbunden sind und dgl. Betreffs der Therapie sind warme Vollbäder zu empfehlen. Innerlich Jod. Dabei roborirende Kost, grosse Reinlichkeit, besonders wenn Incontinentia urinae vorhanden ist. Aseptischer Katheterismus versteht sich von selbst. Im späteren Stadium, wenn die Veränderungen anfangen sich zurückzubilden scheinen

Massage, Gymnastik und Gehversuche von grossem Nutzen zu sein.

7) H. Rosin und S. Jellinek (Berlin-Wien): *Ueber Färbekraft und Eisengehalt des menschlichen Blutes.*

Die Verf. prüften eine ganze Reihe von Fällen mit verschiedenen Krankheiten in Bezug auf Zahl der Erythrocyten, Hämoglobingehalt und Eisengehalt des Blutes. Die Zählung wurde mit dem Apparate von Thoma-Zeiss vorgenommen, der Hl-Gehalt nach Fleischl-Miescher, und der Eisengehalt mit dem Ferrometer von Jolles bestimmt. Es ergab sich das auffallende Resultat, dass die 3 gefundenen Grössen, insbesondere Eisen- und Hb-Gehalt in keinem bestimmten regelmässigen Verhältniss zu einander standen. Es stellte sich heraus, dass der Hb-Gehalt nicht direct auf den Eisengehalt des Blutes bezogen werden konnte, wie dies bisher geschehen ist, da öfter mehr Eisen gefunden wurde, als dem gefundenen Hb-Gehalt entsprach. Vielleicht waren überhaupt der Eisengehalt des Blutes, die Färbekraft desselben und der Hb-Gehalt getrennte, von einander unabhängige Grössen. Untersucht wurden Chloren, anderweitige Anämien, permiciöse Anämie, Hämoglobinurie, Herzfehler, Tuberculose der Lungen, Nephritis, Icterus, Diabetes, Leukämie, Morbus Basedowii und Myxoedemfälle. Es fiel vor allem auf, dass die Ziffern der dreifachen Bestimmung bei allen Krankheitsfällen der gleichen Gruppe ausserordentlich wechselnd waren. Besonders bei Chlorosen war es wichtig, dass bei den eclatantesten Fällen zuweilen die Hb-Bestimmung, oder die Eisenbestimmung oder beide zusammen unerwartet hohe Werthe gaben. An den Apparaten konnte das nicht liegen und es ergab sich demnach die wichtige Frage, ob denn der mit dem Hämoglobinometer festgestellte Färbungsgrad des Blutes auf Hb allein zu beziehen ist, oder ob nicht ausser dem rothen Blutfarbstoff (dem Hämoglobin) noch andere Pigmente und Färbungen die colorimetrische Bestimmung der sogenannten Hämoglobinometer-Apparate beeinflussen. Bei der Beantwortung dieser Frage fällt vor allem ins Gewicht, dass die Zusammensetzung des Hämoglobin, obwohl es ein krystallinisches Product ist, in Bezug auf den Eisengehalt keine constante ist. Dabei ist nicht zu vergessen, dass die Darstellung des Hb trotz der Crystallisation noch nicht gelungen ist, dass man aus dem Eisenbefund im Blute den Hb-Gehalt nicht sicher berechnen kann, und dass die Abweichungen in den Resultaten des Hämoglobinometers und Ferrometers auf diese Schwankungen im Eisengehalt zu einem Theile bezogen werden können. Auch konnte der Hb-Apparat thatsächlich noch andere Farben, die im Blute vorhanden waren, mit angeben. Die Differenz in der Farbe der spontan sedimentirten verschiedenen Blutflüssigkeiten legt dies nahe. Es kann demnach der Hb-Gehalt nicht für die Berechnung des Fe-Gehalt des Blutes verwerthet werden,

und auch die Resultate des Ferrometer lassen sich wiederum nicht auf den Hb-Gehalt beziehen, vielmehr steckt das Eisen nicht nur im Hb der rohen Blutkörperchen, sondern muss sich noch irgend anderswo im Blute finden. Es ist auch thatsächlich im Blutserum und in den Leukocyten (ziemlich beträchtlich) nachgewiesen. Die Verf. ziehen aus ihren schönen Untersuchungen den Schluss, dass die Annahme, der einzige Blutfarbstoff sei das Hb, eine irrige ist, ebenso wie die, dass das Bluteisen lediglich dem Hb angehöre, welches selbst nicht einmal einen constanten Eisengehalt hat. Deshalb mangelt es jetzt noch an Methoden, den thatsächlichen Gehalt an Hämoglobin, dieses so wichtigen Factors im Blute, festzustellen.

8) P. Rosenstein (Königsberg): *Ueber chronische Myocarditis mit Herzaneurysma im Kindesalter, zugleich ein Beitrag zur Aetiologie derselben.*

Verf. hatte Gelegenheit im pathologischen Institute zu Königsberg eine Obduction eines 11jährigen Kanben zu sehen, der einige Tage nach der glatt verlaufenen Operation eines tuberculösen Hüftgelenks unter den Erscheinungen von Cyanose gestorben war. Es ergab sich der überraschende Befund einer chronisch verlaufenen Myocarditis, die an der Spitze des linken Ventrikels zu einem kleinen Herzaneurysma geführt hatte, das allerdings nicht geborsten war. In seinen weiteren Ausführungen sucht R. klarzulegen, dass chron. verlaufende Pericarditis das primäre Leiden war, von dem aus die Myocarditis entstand. Auch diese verlief von vornherein chronisch. Obwohl der path.-anat. Nachweis der tuberculösen Natur der Herzerkrankung nicht erbracht werden konnte, hält Verf. doch an dieser Annahme fest und glaubt, dass der eingetretene Exitus wohl die Folge des Chloroforms gewesen sein könne.

9) C. von Stejskal und F. Erben (Wien): *Klinisch-chemische Studien. I. Stoffwechselversuch bei lymphatischer und lineal-myelogener Leukämie.*

Die Verf. haben je einen Fall der oben angegebenen Diagnose genau auf seinen Stoffwechsel untersucht und fassen ihr Resultat in den folgenden Sätzen zusammen:

1) Die Resorption ist in unserem Falle von lymphatischer Leukämie vermindert, in dem von linaler entsprechend den Befunden von May und H. v. d. Wey eine gute.

2) Die lymphatische Leukämie weist einen ziemlich bedeutenden Eiweissansatz auf, der im Anschlusse an eine Periode chronischer Unterernährung auftrat. Es ist daher hier eine Eiweiss-zerstörende Kraft im Organismus thätig, wie eine solche z. B. nach den Versuchen von Fritz Müller bei Carcinom und auch bei linealer Leukämie nach früheren Versuchen anzunehmen ist; auch in unserem Falle von linealer Leukämie, da

trotz reichlicher Eiweisszufuhr der Organismus nicht im Stande war, sich in Stickstoffgleichgewicht zu setzen.

3) Bezüglich des Stickstoffabbaus zeigt die Harnsäure insofern einen Unterschied, als die Menge bei lymphatischer Leukämie kleiner als bei linealer, vielleicht normaler zu nennen ist, während die Xanthinkörper sich eher umgekehrt verhalten. Kreatinin ist in beiden Fällen, besonders aber bei lymphatischer, stark vermehrt.

4) Der Salzstoffwechsel weist im Falle der lymph. Leukämie eine Knocheneinschmelzung auf. Es müssen weitere Versuche lehren, ob sie häufig vorkommt und als Characteristicum für lymphatische Leukämie zu gelten habe, was allerdings nach unserer Erklärung dafür zu erwarten wäre. Ob Aehnliches bei linealer Leukämie vorkommt, das zu entscheiden bleibt der Zukunft vorbehalten. Dauber.

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt New York.

17 West 43. Strasse.

Montag, den 8. Januar 1900.

Präsident Dr. Hermann G. Klotz eröffnet die Sitzung um 8¼ Uhr. Das Protokoll der letzten Sitzung wird verlesen und unverändert angenommen.

Vorstellung von Patienten und Demonstration von Präparaten.

Dr. Otto G. T. Kiliani: Vorstellung eines Falls von 20 Monate bestehendem Totalempyem, geheilt durch de Lorme's Operation. (Ist in dieser Nummer als Originalarbeit enthalten.)

Discussion. Dr. Fried. Lange: Ich möchte eine physiologische Frage an Herrn Dr. Kiliani richten. Wie erklärt sich das plötzliche Aufblähen der Lunge nach Ablösung der Pleura? Nach physikalischen Regeln ist doch nicht daran zu denken, dass die Lunge hier einem negativen Drucke folgen kann. Hat man darüber Versuche gemacht, wie sich eine normale Lunge verhält, welche man ihres Pleura-Ueberzuges beraubt hat. Ich glaube allerdings nicht, dass in dem vorgestellten Falle die Lunge sich in hohem Maasse ausgedehnt hat, angesichts der hochgradigen Skoliose und der starken Abflachung der befallenen Thoraxseite, aber immerhin als Heilung ist das Resultat bemerkenswerth und sehr befriedigend.

Dr. Otto G. T. Kiliani: Ich kann den Vorgang absolut nicht erklären und war selbst sehr erstaunt darüber. Ich erwartete, dass die Lunge sich ausdehnen würde, wenn die Wunde geschlossen wäre. Aber schon während der Operation beim ersten kleinen Einschnitt von einem Centimeter wölbte sich eine haselnussgrosse Lungenhernie vor. Mitwirken wird wohl dabei die Blutfüllung.

Dr. Ernst Danziger: Ich möchte Herrn Dr. Kiliani fragen, ob er auch in Fällen von beschränkten Empyemen gegen Ausspülungen ist. Ich hatte vor anderthalb Jahren einen Fall, wo ich ein Stück der siebenten Rippe resecirte und jeden zweiten Tag eine Ausspülung vornahm, ohne dass irgend welche nachtheiligen Erscheinungen auftraten.

Dr. Otto G. T. Kiliani: Die Auffassung Schede's, der auf diesem Gebiet ziemlich viel gearbeitet hat, geht dahin, dass fortgesetzte Ausspülungen bei Empyembehandlung die schliessliche Heilung nur verzögert. Ausserdem ist die Gefahr der Collapserscheinungen bei frischen Fällen sehr gross. — Ich möchte zum Schluss nur noch bemerken, dass ich keine Tuberkelbacillen nachweisen konnte, was aber durchaus nichts beweist. Mit Wahrscheinlichkeit ist anzunehmen, dass das Kind tuberkulös ist.

Dr. A. F. Buechler: Vorstellung eines Falles von Sklerodermie der Oberextremität.

Ich habe mir erlaubt, diesen Fall hier vorzustellen, da er immerhin ein schönes Bild der Sklerodermie darbietet und die Krankheit doch zu den selten vorkommenden gehört. Ich will auf Mittheilung von Einzelheiten vollständig verzichten, da die Angaben der kleinen elfjährigen Patientin sehr ungenau sind. Jedenfalls besteht, nach Aussage der Patientin zu urtheilen, die Krankheit seit October 1897, und zwar soll sie im Vorderarm begonnen haben. Das erste Anzeichen der Erkrankung war eine Röthe des Vorderarms, die sich dann allmählich bis zum Ellbogen ausbreitete und dann erblasste, bis schliesslich eine Verhärtung der Haut eintrat. Im ersten Jahr reichte die Härte etwa bis an den Ellbogen, im zweiten erstreckte sie sich auf den Oberarm und Schulter. Die Localisation des Processes entspricht dem Ausbreitungsgebiete des hinteren Stranges des Plexus brachialis. Wenn man die Haut am Tage betrachtet, so findet man die erkrankte Hautpartie von einer bläulich-rothen Umsäumung scharf begrenzt. Die Tastempfindung, Wärme- und Kälte-Empfindung ist vollständig normal. Ich habe die Patientin seit drei Monaten unter Beobachtung und Behandlung. Die Behandlung bestand allein aus Massage. Ich habe von internen Mitteln ganz abgesehen, obgleich von Dr. Weber und Dr. Sachs und anderen Mitgliedern des Vereins gute Resultate mit Schilddrüsenextract erzielt wurden.

Discussion. Dr. L. Weber: Der Fall, den ich im Winter 1896 in der Neurologischen Gesellschaft vorstellte, unter-

scheidet sich ziemlich wesentlich von diesem in Bezug auf seine Ausdehnung sowohl, wie in Bezug auf die Stärke der vortretenden Symptome. Er betraf die ganze rechte obere Extremität, Theile der rechten Gesichtshälfte, Vordertheile der Brust und Schultergegend bei einer Frau von ungefährt 38 Jahren, einer Farmersfrau in Long Island. In der Vorgeschichte fand sich, dass die Frau in der Jugend ziemlich schwer in Haus und Feld gearbeitet hatte, dass sie nach ihrer Verheirathung eine grosse Anzahl Kinder hatte, die sie alle stillte, auch einige Aborte dazwischen, viel Blut verloren und mehrere schwere Anfälle von Intermittens durchgemacht hatte. Als sie zu mir kam, war das Bild recht characteristisch. Die characteristische Härte, die eigenthümliche Verfärbung der Haut, die weissen Striemen und Narbenstränge waren hier cardinale Symptome. Eine Schrumpfung und Contraction war noch nicht eingetreten. Die Frau wurde damals von mir in folgender Weise behandelt: Zuerst wurden die bestehenden Symptome der Intermittens aus dem Wege geschafft mit Warburgtinctur und Chinin. Sie bekam dann eine Zeit lang Arsenik. Da diese Behandlung aber nichts half, kam ich auf die Idee, ob vielleicht eine verminderte Function der Thyroidea mit daran Schuld wäre, dass diese angiotrophische Neurosis — als das sollen wir das Leiden heute nach L u d w i g und Anderen auffassen — entwickelt hätte. Das gab mir den Gedanken, Thyroideaextract zu versuchen. Die Frau nahm ein ganzes Jahr das Präparat und am Ende des Jahres war sie geheilt. Ich sah die Frau ein Jahr darauf wieder und zum letzten Mal, ungefähr jetzt vor einem Jahr, in der Office, und sie ist geheilt geblieben.

Dr. G e o. W. J a c o b y: Ich habe leider die Bemerkungen des Vortragenden nicht gehört, habe mir aber den Fall angesehen. Ich habe verschiedene Fälle von Sklerodermie, und besonders diejenige Form die als Sklerodaktylie bekannt ist, gesehen und habe vor Kurzem einige Fälle in der neurologischen Gesellschaft vorgestellt. Ich weiss zwar nicht, ob Dr. B u e c h l e r etwas über die Behandlung der Fälle gesagt hat, aber im Anschluss an die Bemerkungen von Dr. W e b e r möchte ich es auch entschieden befürworten, dass in diesen Fällen Thyroideaextract zu versuchen ist, und ganz besonders im Anfangsstadium der Fälle, zu einer Zeit also, wo sich noch keine absoluten Endstörungen ausgebildet haben. Wenn die ganzen Extremitäten schon ergriffen sind, wenn also eine complete Atrophie der Haut da ist, lässt sich natürlich von dem Thyroideaextract nichts erwarten. Aber in einem Fall wie dem vorliegenden würde ich doch an die Möglichkeit eines Erfolges glauben. Ich habe sehr glänzende Resultate gesehen und glaube, dass man das entschieden versuchen sollte. Nebenbei wollte ich noch betonen, dass in der letzten Zeit von H e b r a ein Bericht über Behandlung von Sklerodermie durch Einspritzung von Thiosinamin veröffentlicht worden ist. Er hat, glaube ich, über 3 Fälle mit guten Resul-

taten berichtet. Ich bin über die Statistik nicht ganz sicher. Das Thiosinamin ist, wie bekannt, gegen narbige Hautaffectionen empfohlen und von einigen Neurologen in den Arzneischatz aufgenommen worden zur Behandlung von sclerotischen Processen im Central-Nervensystem. Von der Wirkungslosigkeit bei Letzterem habe ich mich überzeugt. Ich kann mir aber gut denken, dass das Thiosinamin bei einem Process wie dem vorliegenden von Wirkung sein kann. Das Mittel wird so verwendet, dass von einer 15proc. Lösung eine halbe Spritze täglich tief in die Muskelsubstanz eingespritzt wird. Jedenfalls sind in diesen Fällen bei der Trostlosigkeit unserer Arzneimittel beide Mittel, das Extractum thyreoideae, sowohl wie das Thiosinamin zu versuchen.

Dr. A. F. Buechler (Schlusswort): Ich glaube, dass ich hinsichtlich der Behandlung betont habe, dass die Resultate mit Schilddrüsenpräparate mir bekannt sind. Ich habe aber davon Abstand genommen, weil ich erstens ein Bild der Patientin gewinnen, und dann auch, weil ich die Patientin hier demonstriren wollte. Deswegen habe ich sie einfach mit Massage behandelt. Ausserdem sind mit dieser Behandlungsmethode ganz gute Resultate erzielt worden. Es liegen Berichte vor, nach denen allein durch Massage und Electrotherapie eine Involution des Processes stattgefunden hat. Die von Hans Hebra eingeführte Behandlung mittelst Thiosiamin ist mir nicht unbekannt. Ich möchte in diesem Fall noch eins betonen, dass die Patientin niemals Symptome gehabt hat, die auf Schilddrüsenerkrankung hindeuten, und dass ich geneigt bin, den Process mehr als einen localen anzusehen. Im Uebrigen ist doch bezüglich der neuen Theorie zu betonen, dass bei der Sklerodermie die pathologischen Befunde im centralen, sowie peripherischen Nervensysteme sehr widersprechend sind. Es liegen dagegen Untersuchungen vor, in denen die Gefässe bei der diffusen Form der Sklerodermie sehr grosse Veränderungen zeigen, die sich durch Endarteritis, Periarteritis, Sclerose und terminale Obliteration der Arterien documentiren, und basiren Dinkler und Wolters auf Befunde ihre Ansicht, dass die Sklerodermie vielmehr eine Gefässerkrankung ist, und nicht eine, die auf neuropathischer Basis beruht.

Dr. J. Kaufmann: Ein Fall von Aneurysma der Bauchaorta: Der 49 Jahre alte Patient, den ich Ihnen hier vorführe, hat einen Tumor im Epigastrium, der bei der Palpation durch die characteristische Art der Pulsation sofort als ein Aneurysma der Bauchaorta imponirt. Aneurysmen der Bauchaorta sind seltene Erscheinungen. Schroetter berichtet in seinem Buch über Erkrankungen der Gefässe, dass in Wien während eines Zeitraums von 10 Jahren unter 19,000 Sectionen nur dreimal ein Aneurysma der Bauchaorta gefunden wurde, unter im Ganzen 220 Aneurysmen anderer Gefässe. Der Fall, den ich hier vorstelle, ist ausser durch seine Seltenheit noch dadurch aus-

gezeichnet, dass durch Autopsie in vivo die Diagnose sicher gestellt wurde. Sie sehen hier im Epigastrium eine Narbe, welche von einer Operation herrührt, die vor etwa zwei Monaten im Presbyterian Hospital ausgeführt wurde. Auf Anfrage beim Hospital erhielt ich die Antwort, dass man die Operation ausgeführt habe, um sich zu überzeugen, ob ein Tumor des Magens vorliege, dann aber nach Eröffnung der Bauchhöhle gefunden habe, es sei ein Aneurysma. Von dieser Bestätigung abgesehen, ist, glaube ich, in diesem Fall die Diagnose auch ohnehin klar. Wenn Sie den Patienten nachher untersuchen, so werden Sie eine Geschwulst finden, welche die obere Hälfte des Epigastriums nahezu ganz ausfüllt und den zwischen Medianlinie und Rippenbogen gelegenen Theil desselben vorwölbt. Die Geschwulst wird pulsatorisch nach allen Seiten hin ausgedehnt, was leicht zu erkennen ist, wenn man die Finger gespreizt senkrecht auf die Geschwulst aufsetzt. Ueber der Geschwulst dumpfer Percussionsschall, welcher sich in die Dämpfung des linken Leberlappens fortsetzt. Die Dämpfungsfigur über dem rechten Leberlappen ist eher schmal, die Milz klein. Bei der Auscultation hört man systolisches Blasen über dem Tumor. Die Herztöne sind rein, die Herzfigur ziemlich normal. An den tastbaren Arterien keine sicheren Zeichen von Arteriosclerose. Kein Ascites. Keine Oedeme. Urin concentrirt, enthält etwa 1 per mill Eiweiss, spärlich hyaline und Epithelcylinder.

Aus der Anamnese ist hervorzuheben, dass der Patient mehrere schwere Traumen erlitt. Vor 15 Jahren wurde er überfahren, wobei die Räder über die Mitte des Rückens weggingen. Vor etwa acht Jahren erhielt er einen Schlag mit der Faust gegen den Magen, der so heftige Schmerzen erzeugte, dass Patient umgefallen wäre, wenn er sich nicht festgehalten hätte. Dann hat der Patient vor 6 Jahren Lues acquirirt; vor einem Jahre wurde der rechte Hoden wegen einer schnellwachsenden Geschwulst (vermuthlich eines Gumma) weggenommen. Ausserdem hat der Mann recht viel getrunken. Es liegen also in diesem Fall eine Reihe der ursächlichen Momente vor, die man gewöhnlich für die Entstehung der Aneurysmen anführt. Erscheinungen machte dies Aneurysma seit 8 bis 9 Monaten, hauptsächlich anhaltende, oft sehr heftige Schmerzen im Epigastrium, die bei Nahrungsaufnahme noch gesteigert werden. Ausserdem klagt Patient über Schmerzen im Rücken und auf der linken Seite. Ziemlich von Anbeginn bestanden Schluckbeschwerden, die in der letzten Zeit sehr zunahmen. Der Patient kann jetzt nur noch Flüssigkeiten schlucken und sagt, dass er auch diese meist herunterpressen müsse. Dabei bleibt das Geschluckte oft in der Gegend der Cardia stecken und erzeugt bei dem Durchtritt durch die Cardia stechende Schmerzen. Das deutet auf Compression des Oesophagus. Erscheinungen von Compression anderer Organe liegen, wie Sie aus dem vorher angeführten Bericht ersehen, nicht vor.

Den genaueren Sitz des Aneurysma anzugeben, ist wohl kaum möglich, das ist unter Umständen noch schwer am ausgeschnittenen Präparat. Die starke Entwickelung des Tumors nach vorn lässt daran denken, dass einer der Hauptäste der Aorta abdominalis betroffen ist. Andererseits spricht die Compression des Oesophagus mehr für den Sitz an der Bauchaorta selbst, in ihrem obersten Theil dicht unterhalb des Zwerchfells.

Präs. Hermann G. Klotz: Aus der Sitzung des Verwaltungsraths habe ich Ihnen mitzutheilen, dass derselbe Ihnen vorschlägt, den Contract mit den neuen Eigenthümern der Medicinischen Monatsschrift zu erneuern. Der Contract legt weder der Gesellschaft noch den Mitgliedern pecuniäre Verbindlichkeiten auf. Die Eigenthümer haben jedenfalls journalistische Erfahrung, und, wie es scheint, die beste Absicht, die Zeitschrift auf der bisherigen Höhe zu erhalten und den Nutzen derselben zu vergrössern. Wir hielten es daher für wünschenswerth, dass unsere Gesellschaft das Unternehmen mit ihrem Namen unterstützt.

Dr. L. Weber: Hat sich der Verwaltungsrath auch überzeugt, ob die neue Firma das Blatt nicht vielleicht zu einem Anzeige-Blatt machen wird?

Präs.: Herr Dr. Ripperger kann diese Frage besser beantworten.

Dr. A. Ripperger: Ich kann Herrn Dr. Weber mittheilen, dass ich die Weiterführung der Redaction der Monatsschrift nur unter der Bedingung übernommen habe, dass mir über den Inhalt sowohl, wie über die in dem Blatte enthaltenen Anzeigen das Entscheidungsrecht vollkommen zusteht, dass daher die Monatsschrift in einer Weise geführt werden wird, welche der Ethik sicherlich nicht widerspricht.

Die Versammlung beschliesst hierauf, den Beschluss des Verwaltungsraths gutzuheissen.

Präs. Dr. Hermann G. Klotz: Der Verwaltungsrath hat ferner beschlossen, Ihnen vorzuschlagen, dass die Gesellschaft Schritte thue, den im Mai stattfindenden 70jährigen Geburtstag des Professors Abraham Jacobi zu feiern, und zwar empfiehlt der Verwaltungsrath zu diesem Zweck die Einsetzung eines Comités, bestehend aus dem Präsidenten und zwei Mitgliedern der Gesellschaft.

Dr. L. Weber: Ich glaube kaum, dass ein anderer College in hiesiger Stadt existirt, der sich so sehr um die Medicin und die medicinische Praxis, um Hospitäler und um alles, was zur Ethik und den Interessen des ärztlichen Standes gehört, verdient gemacht hat, wie Dr. Jacobi. Ich hoffe daher, dass wir zu seinem 70. Geburtstag in Verbindung mit anderen Gesellschaften und event. auch in Verbindung mit der Academy of Medicine eine würdige Feier veranstalten. Ich stelle den Antrag, dass der Präsident ein Comité von wenigstens 5 Mitgliedern ernenne, welche die Sache möglichst bald in die Hand nehme.

Die Versammlung beschliesst diesem Antrag gemäss.

Die Resignation der DDr. Justin Herold und Marian Dana Grady-Macdaniel wird angenommen.

Präs. Dr. Klotz: Wie Sie wissen, meine Herren, machen es die Gesetze dem Präsidenten zur Pflicht, einen Bericht über das vergangene Geschäftsjahr zu geben. Gestatten Sie mir zunächst, Ihnen meinen Dank für die Ehre auszusprechen, die Sie mir durch meine Wiederwahl zum Präsidenten erwiesen haben. Ich verspreche Ihnen, auch in Zukunft alles zu thun, was in meinen Kräften steht, um das Wohl der Gesellschaft zu fördern. Die Geschicke der Gesellschaft sind Ihnen durch die Berichte der Secretäre grösstentheils schon bekannt. Die Gesellschaft bestand am Schluss des letzten Geschäftsjahres aus 318 activen, 8 Ehren- und 6 correspondirenden Mitgliedern. Es wurden im vergangenen Jahr 16 Vorträge gehalten, 18 Patienten, 7 anatomische Präparate und 2 Instrumente vorgestellt. Im April und Mai hat eine Discussion über Appendicitis stattgefunden.

Ich könnte mich jetzt sehr kurz fassen und sagen, dass die Gesellschaft in einem sehr guten, blühenden Zustande ist, das würde wohl ganz genügend erscheinen. In Wahrheit aber finde ich nicht Alles, wie es sein sollte: die Betheiligung mit Rücksicht auf die grosse Anzahl unserer Mitglieder ist denn doch keineswegs so gross, wie man sie erwarten könnte. Ich möchte daher den Herren, die hier sind, ans Herz legen, ihrerseits so viel wie möglich dahin zu wirken, dass die Theilnahme an den Sitzungen der Gesellschaft eine grössere werde. Es geschieht dies am erfolgreichsten, in den einzelnen engeren Bekanntenkreisen. Wir können wohl behaupten, dass die Leistungen der Gesellschaft denen anderer Gesellschaften in keiner Weise nachstehen. Vielleicht mag die Aufstellung und Durchführung der Programme in der letzten Zeit eine gewisse Unzufriedenheit erregt haben, und ich möchte daher die Gelegenheit benutzen, einige Worte darüber zu sagen:

Unsere Programme sind so überfüllt gewesen, dass der Präsident in der unangenehmen Lage war, sie durchpeitschen zu müssen. Infolgedessen ist die Discussion auf ein Minimum beschränkt worden, und ich glaube, gerade unsere Gesellschaft sollte die Discussion möglichst fördern. Ich bin mir sehr wohl bewusst, dass damit Missbrauch getrieben werden und der Präsident in die unangenehme Lage kommen kann, einschreiten zu müssen, um die Discussion zu beschränken. Aber es liegt doch gerade im Zwecke der Gesellschaft, dass diejenigen, welche an einer Discussion theilzunehmen wünschen, hier dazu Gelegenheit finden. Ich glaube deshalb, es durchführen zu sollen, immer nur einen Vortrag auf das Programm zu setzen. Die Statuten schreiben vor, dass die erste Stunde unserer Versammlungen der Vorstellung von Patienten und Präparaten gewidmet sein soll, es bleibt also nicht viel mehr als eine Stunde für die Vor-

träge übrig. Wenn ein Vortrag als kurz angemeldet wird, so dauert er doch immerhin meist 25 bis 30 Minuten, oder länger. Haben sie dann noch einen zweiten Vortrag, dann bleibt für denselben im günstigen Falle keine Zeit zur Discussion. Wird nun die Discussion auf die nächste Sitzung verschoben, dann kommen wir, wie es zu meinem Bedauern schon da gewesen ist, gelegentlich erst ein Viertel nach 10 zum Vortrag des Abends. Ich glaube, meine Herren, es ist im Interesse der Gesellschaft und derer, welche die Vorträge halten und Zeit und Mühe darauf verwendet haben, darauf zu sehen, dass Sie Gelegenheit haben, ihren Vortrag ohne gejagt zu werden, zu Ende zu führen, und dass genügende Zeit zur Discussion gegeben wird. Sollte uns dann etwa noch Zeit übrig bleiben, so wird der Präsident immer mit Vergnügen solchen Herren das Wort ertheilen, die vielleicht noch einen kleinen Vortrag in petto haben. Steht ein solcher aber auf dem Programm, dann hat der Präsident keine Wahl, sondern muss ihm möglichst Gerechtigkeit widerfahren lassen. Ich muss daher auch Herrn Dr. Alfred Meyer um Entschuldigung bitten, dass ich die Discussion über seinen Vortrag in der letzten Sitzung nicht mit auf die Tagesordnung gesetzt habe. Ich will ihm aber auf seinen Wunsch nachher gern das Wort zu einer persönlichen Bemerkung ertheilen.

Sollte die Versammlung auch einmal früher schliessen als vorgeschrieben, so wäre es auch kein so grosses Unglück, wenn der gesellige Theil einmal etwas früher anfinge. Ich halte diese gesellige Zusammenkunft für einen wichtigen und werthvollen Theil unserer Thätigkeit, denn dieselbe giebt uns Gelegenheit, nicht nur Collegen kennen zu lernen, sondern auch mit den bereits Bekannten practische und wissenschaftliche Angelegenheiten zu besprechen.

Der Finanzbericht liegt Ihnen gedruckt vor. Das Vermögen der Gesellschaft ist für alle Zwecke jetzt genügend gross, und es sollte kein Bedauern ausgedrückt werden, wenn der Fond in der Sparkasse nicht weiter wächst, sondern die Einnahmen der Gesellschaft für die Zwecke der Gesellschaft benützt werden.

Dr. Alfred Meyer: Ich danke dem Herrn Präsidenten für seine Zuvorkommenheit und möchte Gelegenheit nehmen, darauf hinzuweisen, dass ich in dem von mir in der letzten Versammlung gehaltenen Vortrag in unvorsichtiger Weise einen gewissen Zweifel über ein Citat ausgesprochen, von welchem ich Gebrauch gemacht habe, ohne dabei einen Namen zu nennen. In der Zwischenzeit hat man mir ganz klar gemacht, dass das Citat von Herrn Dr. S. A. Knopf entnommen worden ist, was mir damals nicht bekannt war. Ich möchte deshalb in dieser öffentlichen Weise die Sache richtig stellen, und hoffe, dass der Herr sich mit dieser Erklärung zufrieden fühlt.

Dr. Otto G. T. Kiliani: Zur Diagnose und Therapie chirurgischer Gelenkserkrankungen.

Mit Vorstellung von Patienten. (Der Vortrag ist in der Februarnummer als Originalarbeit erschienen.)

Discussion. Dr. I. Adler: Herr Präsident, ich bedaure, dass Sie mich dazu ausersehen haben, die Discussion zu eröffnen, weil College Kiliani in seinem ausserordentlich interessanten und wichtigen Vortrag für den Internisten eigentlich sehr wenig übrig gelassen hat und chirurgische Sachen nicht mein Fach sind. Bei der Kürze der Zeit und bei dem Mangel an Anhaltspunkten möchte ich nur auf einige wenige Punkte kurz hinweisen. Zunächst und hauptsächlich auf den Gelenkrheumatismus. Dr. Kiliani hat mit Recht hervorgehoben, dass der Gelenkrheumatismus bei den verschiedensten Infectionskrankheiten vorkommen kann und dass deswegen, wie er sagt, das Bild des Gelenkrheumatismus einigermassen verwischt ist. Ich möchte hierzu betonen, dass in neuer und neuester Zeit der Gelenkrheumatismus an und für sich als Infectionskrankheit aufgefasst worden ist und aufgefasst werden muss. Es ist ganz richtig, dass wir bei Typhus, Gonorrhoe, Scharlach, Influenza klinische Bilder bekommen, in denen die Affection der Gelenke auf den respectiven Krankheitserregern beruht, aber auch das landläufige Bild des Rheumatismus beruht auf Infection mit den Eitercoccen, Staphylo- und Streptococcen, und zwar in der nicht so sehr virulenten Form, also in der Form, in der sie nicht Eiterung, sondern einfach Entzündung veranlasst. Damit ist der Zusammenhang von Gelenkrheumatismus mit den übrigen Gelenkkrankheiten bei Infectionen gegeben, und das klinische Bild wird auch dadurch verständlich. Was Dr. Kiliani über chirurgische Behandlung des Gelenkrheumatismus gesagt hat, ist von grosser Wichtigkeit, wie ich glaube, und für mich von ganz besonderem Interesse. Ich habe leider öfters Fälle zu sehen bekommen, in denen die gewöhnliche Behandlung, also die Behandlung mit Salicylpräparaten, Ichthyol, Eis, Hitze u. s. w., und auch die neuere Behandlung mit heissen Luftbädern, ziemlich erfolglos blieb. Ich habe verschiedene Male da vorgeschlagen, eine chirurgische Behandlung vorzunehmen. Dieselbe wurde mir aber bisher immer verweigert. Ich habe im Augenblick im Hospital den Fall von einer jungen Frau, wo Gonorrhoe mit Sicherheit auszuschliessen ist, die mit einem ganz floriden acuten Gelenkrheumatismus ins Hospital kam. Es ist das rechte Handgelenk, beide Kniegelenke und Fussgelenke in der typischen Weise erkrankt und mit sehr hoher Temperatur. Die Gelenke sind ausserordentlich schmerzhaft. Auf der Höhe des Gelenkrheumatismus entwickelte die Patientin einen Typhus und machte in Verbindung mit ihrem Gelenkrheumatismus den zweifellos typischen Typhus durch. Selbstverständlich wurde während des Typhus die Gelenkaffection nicht besser. Die Erkrankung war sehr schwer. Allerdings erschien weder Endocartitis noch Pericarditis. Nach Ablauf des Typhus zeigen die Gelenke nach wie

vor dieselbe schwere Erkrankung. Sie sind immer noch so ausserordentlich empfindlich, dass selbst die leiseste Berührung mit der Decke unerträglich ist, und es bilden sich nun schwere Verwachsungen, namentlich im rechten Handgelenk, Steifigkeit, Atrophien, wahrscheinlich auch schon Contracturen. Was ist in einem solchen Fall mit chirurgischer Behandlung zu machen? Es wäre für uns alle von äusserster Wichtigkeit, von Dr. Kiliani zu hören, ob derartige Fälle chirurgisch zu behandeln wären. Der Erguss in das Gelenk ist ausserordentlich geringfügig. Es ist kaum eine Fluctuation da, und es sind eben diese trockenen Formen, die sehr rasch zu Verwachsungen u. s. w. führen.

Einen ganz ähnlichen Fall, aber ohne Typhus, habe ich auch vor Kurzem im Hospital zu sehen Gelegenheit gehabt. Es war auch ein typisch verschleppter Gelenkrheumatismus, der unter Salicylbehandlung sich in so fern ziemlich rasch besserte, dass die befallenen Gelenke bis auf das Handgelenk gut wurden. Die Fuss- und Ellbogengelenke wurden frei, aber das rechte Handgelenk blieb längere Zeit ausserordentlich empfindlich. An Massage war überhaupt nicht zu denken und es bildeten sich eine Menge Verdickungen und Verwachsungen. Ich schlug damals den Chirurgen im Hospital vor, den Fall in chirurgische Behandlung zu nehmen, aber das wurde entschieden verweigert, und die Behandlung mit heisser Luft u. s. w. blieb ohne allen Erfolg. Ich wiederhole, ich glaube, wir wären alle sehr dankbar, wenn wir einmal hören würden, in welcher Weise hier eine chirurgische Behandlung eintreten könnte.

Dr. Fried. Lange: Es ist wohl nicht möglich, alle Punkte zu berühren, die Dr. Kiliani angeregt hat und die uns ja auch manches Neue und Anregende gebracht haben. Es sei mir aber gestattet, mit wenigen Worten auf die gonorrhoischen Affectionen zurückzukommen und zu betonen, dass dieselben von ganz ausserordentlich verschiedener Dignität sein können. Von den allerleichtesten Formen, gegen die man eigentlich sehr wenig zu thun braucht, giebt es alle möglichen Uebergänge bis zu Gelenkaffectionen, die ausgesprochenermassen in destructiver Form auftreten. Ich habe gonorrhoische Gelenkaffectionen mit höchst traurigem Ausgange gesehen, und zwar waren das zum Theil Fälle, die nicht monoartikulär auftraten, sondern mehrere Gelenke befallen hatten, in denen also wie es schien, eine sehr intensive allgemeine Infection stattgefunden hatte. Ich erinnere mich eines Mannes, dem die Hauptgelenke einer unteren Extremität vollständig versteiften, trotzdem die Behandlung auf alle mögliche Weise dagegen anstrebte, und dass die Destruction im Hüftgelenk in ausgesprochener Weise dadurch manifest wurde, dass er eine spontane Luxation im Gelenk bekam. Es kam aber zu einer Eiterung nach aussen in diesem Fall nicht, die gonorrhoische Affection verlief vielmehr mit sehr wenig Erguss. Dabei bestand ausserordentliche Empfindlichkeit der Gelenkknochen und ein destructiver Process, eine Art Usur der Gelenke

ohne ausgesprochene Eiterung. Ich habe dasselbe gesehen bei einem jungen Mann, der eine gonorrhoische sehr schwere Affection des Hüftgelenks hatte, bei dem ich die Anwesenheit einer geringen Menge serös eitrigen Exudats im Gelenk durch Punktion feststellte. Bei einer Reihe von derartigen Affectionen bin ich auch chirurgisch eingeschritten, namentlich auch bei acuten Sehnenscheiden-Entzündungen wie sie auf gonorrhoischer Basis vorkommen. Da ist mir aufgefallen, dass in den Flächen der Sehnenscheiden Extravasate ziemlich zahlreich vorhanden waren und das Secret häufig etwas sanguinolent gefärbt und dabei von eigenthümlich dünner, schleimiger Beschaffenheit war. Unter allen Umständen wird man im Durchschnitt bei den gonorrhoischen Gelenkaffectionen einer frühzeitigen Entlastungstherapie das Wort reden müssen, und ich glaube, Spülungen des Gelenks werden sich unter Umständen einmal ausserordentlich palliativ und auch für den weiteren Verlauf des Leidens gewiss wohlthätig erweisen.

Die Fälle, welche Dr. K i l i a n i als myogene Gelenkläsionen vorstellte, waren mir ausserordentlich interessant, und besonders der Fall des jungen Mädchens hier. Ich weiss nicht, ob man in diesem Fall nicht doch einen primären entzündlichen Gelenkprocess annehmen muss, der in seinem Gefolge zur Ankylose geführt hat — ich glaube, das Gelenk ist fast ganz ankylotisch — und secundär zu der ausgesprochenen Atrophie der Muskeln. Vielleicht könnte man auch aus einer gleichzeitigen Läsion des Nervus circumflexus humerii die Paralyse des Deltoideus erklären. Jedenfalls ist die complete Paralyse, die Ohnmacht des Arms sehr auffallend bei diesem, wie es scheint, abgelaufenen Gelenksprocess.

Dr. G e o. W. J a c o b y: Ich wüsste nicht, dass ich diesem so interessanten Vortrag etwas hinzuzufügen hätte. Dennoch lassen sich so manche Punkte zur Erweiterung herausgreifen. Um direct an die Bemerkungen von Dr. L a n g e anzuknüpfen, so will ich sagen, dass wir Neurologen ja recht häufig in die Lage kommen, derartige Fälle zu sehen, und ich habe mich seit Jahren daran gewöhnt, immer zwei Klassen von Fällen distinct zu unterscheiden. Die ersten bilden derartige Fälle, welche nach einem Trauma vorkommen, worauf die Patienten gewöhnlich wenig achten. Sie haben wenig Schmerzen, gehen ihre Beschäftigung nach, und nach 3, 4, 5 Tagen kommen sie zum Arzt mit der Krankengeschichte, dass sie den Arm nicht bewegen können. Untersucht man dann, so findet man im Gelenk fast nichts, aber eine Atrophie der Extensoren. Electrisch zeigen diese Muskeln niemals Entartungsreaction. Folglich kann es sich nicht um eine Nervenaffection und muss es sich um eine reflectorische Rückenmarksgeschichte handeln. Die Atrophie und Funktionsbeschränkung bestehen so lange, wie irgend etwas im Gelenk ist. So lange wie nur die geringste Störung im Gelenk ist, besteht die Atrophie und geht nicht zurück. Daher muss das Gelenk

erst absolut frei und in Ordnung gebracht werden, ehe man erwarten darf, dass Heilung eintritt. Characterisirt sind diese Fälle durch vollständige Lähmung und Atrophie der Extensoren des Gelenkes.

Die zweite Klasse von Fällen tritt ziemlich ähnlich auf, nur dass die Patienten direct nach dem Fall über Schmerzen im Gelenke klagen. Untersucht man diese Patienten, so findet man besonders vorn am Kopf des Humerus einen Druckschmerz, der sehr heftig ist. Wenn man diese Fälle nach 8 bis 10 Tagen electrisch untersucht, so findet man in den meisten Fällen Entartungsreaction. Es handelt sich gewöhnlich um Neuritis des Nervus circumflexus. Viele dieser Fälle werden besser. Sie zeigen ebenfalls eine Unmöglichkeit den Arm vom Körper zu erheben. Besonders ist die Rotation beschwerlich, und worüber die Patienten immer klagen, ist dass sie den Arm nicht nach hinten bringen können, und die Frauen sagen, sie können ihre Frisur nicht machen. Viele dieser Fälle werden ziemlich schnell besser und sind dann abgethan. Bei einer ganzen Reihe aber entwickelt sich infolge der Neuritis eine Bursitis, und dann bilden sich Adhäsionen, allerhand bindegewebige Ansammlungen, und das sind die schwierigen Fälle. So findet man auch bei einigen Patienten eine Combination der beiden angedeuteten Zuständen. Ich glaube aber, dass es wichtig ist, und zwar wegen der Behandlung, einen derartigen pathologischen Unterschied zu machen. In der ersten Klasse von Fällen handelt es sich direct um Behandlung des Gelenks, in der zweiten Klasse um Therapie der Neuritis, im Anfang um Eis, im späteren Stadium um Massage u. s. w.

Ferner wird der Neurologe bei einer ganzen Reihe anderer Affectionen der Gelenke oder der Nachbarschaft der Gelenke hinzugezogen. Ich würde heute Abend nicht über die tabischen Fälle sprechen, wenn Dr. K i l i a n i nicht bemerkt hätte, dass er bei zwei solchen Fällen eine Operation ausgeführt hat, und mit Erfolg. Nicht dass er die Tabes kurirt hat, aber vom chirurgischen Standpunkt aus mit Erfolg. Für mich ist die Diagnose Tabes immer ein Fingerzeig für "hands off." Es giebt nun allerdings auch hier zwei verschiedene Sorten der tabischen Erkrankung, eine maligne, und eine benigne die schnell auftritt mit starkem Erguss im Gelenk und die dennoch nach drei bis vier Tagen wieder verschwindet. So habe ich vor Kurzem eine Patientin gesehen, die innerhalb kurzer Zeit verschiedene derartige Anfälle gehabt hat. Ich möchte also davor warnen, dass man, sobald man tabisch aufgedunsene Gelenke findet, bezüglich der lokalen Erkrankung eine absolut schlechte Prognose stellen soll. Man soll sich vergewissern, um was für einen Fall es sich handelt. Ob die chirurgische Behandlung des Gelenks angezeigt ist, ist für mich nicht zweifelhaft, ich bin ganz und gar dagegen.

Noch ein Wort zu einer Frage, die Dr. K i l i a n i nicht berührt hat, nämlich die der Gelenkneurosen. Da möchte ich nur sagen, dass mir der Name Gelenkneurose und die Diagnose Ge-

lenkneurose durchaus nicht gefällt. Es ist aber eine Diagnose, die überall gemacht und gebraucht wird. So kommt es häufig vor, dass bei einem ausgesprochenen Plattfuss die Diagnose Gelenkneurose gestellt wird. In den meisten Fällen handelst es sich ja um eine Hysterie, und dann sind auch andere hysterische Erscheinungen vorhanden, und wir haben nicht nöthig die Diagnose Gelenkneurosis zu stellen, sondern Hysterie mit Gelenkaffectionen, oder es handelt sich um Gelenkneuralgie mit typischen neuralgischen Erscheinungen, und dann hat man sicher nicht nöthig die Diagnose Gelenkneurose zu stellen.

Dr. A. Ripperger: Betreffs der Therapie möchte ich Herrn Dr. Kiliani fragen, ob er den von Buchner gelegentlich der letzten Naturforscherversammlung in München angegebenen Alcoholverbänden Beachtung geschenkt und damit Erfahrungen bei Gelenkerkrankungen gemacht hat, und wenn dies der Fall, welcher Art seine Erfahrungen in dieser Beziehung sind. Nach Buchner gelingt es, locale Tuberculose, namentlich Gelenktuberculose, durch Alcoholverbände zur Heilung zu bringen, und in der That ist auf diese Weise in der Münchener chirurgischen Klinik bereits eine ziemliche Anzahl glänzender Heilungen erzielt worden. Buchner schreibt natürlich dem Alcohol keine specifische Wirkung zu, auch kann es sich nicht um eine desinficirende Einwirkung des Alcohols auf die Infectionserreger handeln. Der Alcohol ist vielmehr ein sehr kräftiges Mittel zur Gefässerweiterung; infolge dessen tritt eine Vermehrung der durch die betreffenden Organtheilen in der Zeiteinheit hindurchströmenden Blutmenge ein, wodurch die resorptiven und bacterienfeindlichen Wirkungen des Blutes in erhöhtem Maasse zur Geltung kommen. Es werden auf diese Weise die Infectionserreger mit fortwährend erneuten Mengen von antibacteriellen Blutstoffen in Contact gebracht. Sollten sich die Angaben Buchner's auch fernerhin bestätigen, so wäre mit den Alcoholverbänden dem practischen Arzte auch ohne chirurgische Eingriffe ein wirksames Mittel zur Bekämpfung der Gelenktuberculose an die Hand gegeben.

Dr. Otto G. T. Kiliani (Schlusswort): Ich möchte den Herren für die Discussion meinen Dank aussprechen und zunächst Herrn Dr. Ripperger erwiedern, dass ich über Alcohol gar keine Erfahrung habe. — Was die Frage des Herrn Dr. Adler betrifft, was mit den Fällen von acutem, chronisch zu werden drohendem Gelenksrheumatismus zu thun ist, so wäre zunächst die Schüller'sche Behandlungsmethode zu versuchen, obwohl ich hierüber keine persönliche Erfahrung habe, und ich Schüller für einen etwas zu enthusiastischen Beobachter halte. Er injicirt eine Guajakol-Jodoform-Glycerin-Emulsion, die ausserordentlich segensreich wirken soll. Auch andere Injections- und Auswaschungsmethoden wären zu versuchen. Sollte das sich als werthlos herausstellen, so würde ich unter allen

Umständen die Kapselexcision machen. Es ist ganz zweifellos, dass die Entfernung der Gelenkkapsel sicher ein besseres Resultat giebt. Wenn es speciell nicht möglich ist, ein Handgelenk wieder völlig frei beweglich zu bekommen, so ist es schon ein grosser Vortheil, wenn das Handgelenk nur ganz geringe Excursionsfähigkeit wieder erhält. So ist es auch bei anderen Gelenken. Die Entfernung der erkrankten Kapsel mit den Krankheitsstoffen, die hauptsächlich in der Kapsel sind, müsste entschieden von Vortheil sein.

Dr. L a n g e hat sich über Gonorrhoegelenkserkrankungen ausgesprochen, und ich möchte ebenfalls darauf hindeuten, dass besonders jene gonorrhoischen Gelenkserkrankungen sich prognostisch ungünstig gestalten, welche mit geringen Ergüssen einhergehen und als trockene fibrinöse Gelenkserkrankungen auftreten. Ich habe aber auch Gelegenheit gehabt, wahrzunehmen, dass schwere gonorrhoische Vereiterung des Gelenkes unter Umständen doch noch zu einem guten Resultat gebracht werden kann. Ich möchte dafür ein Beispiel anführen. Ein 18jähriges Mädchen hatte acute Genital- und Kniegelenk-Gonorrhoe. Es war der einzige Fall, in dem die Gonococcen im Gelenk ohne Schwierigkeit nachgewiesen wurden. Das Gelenk war sehr schmerzhaft, die Temperatur ausserordentlich hoch. Das Gelenk wurde entleert und mit Sublimat ausgespült und dann in Gyps gelegt. Ich fand das Mädchen seit vier Wochen in Gyps liegend, nahm den Gypsverband ab; das Gelenk war absolut ankylotisch, vollständig unbeweglich, wie ein steifer Stock. Auch in der Narkose war eine Bewegung unmöglich. Ich machte das brisement forcé, obwohl ich mir darüber klar war, dass man dadurch sehr häufig specifische Processe wieder aufstachelt und es zu neuer Eiterabsonderung kommen kann. Dann leitete ich Heiss-Luftbehandlung ein. Ich habe das Mädchen schliesslich nach dreimonatlichem Aufenthalt im Hospital geheilt mit frei beweglichem Kniegelenk entlassen. Ich hätte mir nicht das brisement forcé getraut, wenn ich nicht gehofft hätte, dass die Heiss-Luftbehandlung ein Recidiviren der acuten Entzündungserscheinungen verhüten werde.

Bei dem Fall der Deltoideuslähmung bei dem jungen Mädchen, den Dr. L a n g e besprach, war es ausgeschlossen, dass dieselbe vorher irgend welche Gelenkskrankheiten gehabt hat. Dass Neuritis absolut nichts damit zu thun hat, hat Dr. J a c o b y schon hervorgehoben. Ich möchte demselben antworten, dass ich die Behandlung dieses Mädchens nicht aufgebe. Ich werde das brisement noch einmal vornehmen, und ich bin überzeugt, wenn das Gelenk ausheilt, wird auch die Lähmung weggehen.

Bei den Tabesoperationen habe ich nicht gesagt, dass ich Erfolg gehabt habe, weder in Bezug auf die Tabes noch rein chirurgisch.

Dass Gelenkneurose ein total verkehrter Ausdruck ist, darin stimme ich Herrn Dr. J a c o b y vollständig bei.

Präs. Dr. Hermann G. Klotz: Die Abstimmung über den vorgeschlagenen Candidaten hat ergeben, dass Dr. W. M. Lescynski als ordentliches Mitglied der Gesellschaft gewählt und zum ordentlichen Mitglied der Gesellschaft aufgenommen worden ist.

Zu Mitgliedern werden vorgeschlagen die Herren Dr. Chas. Huber, Dr. J. L. Fiedler, Dr. Alfred Michaelis und Dr. J. G. Wm. Greef.

Schluss und Vertagung.

Dr. John A. Beuermann, prot. Secretär.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt Cleveland, O.

Sitzung vom 15. Februar 1900.

Die Versammlung wurde Abends 8 Uhr 20 Min. durch den Präsidenten Dr. J. Stotter eröffnet. Das Protocoll der letzten Versammlung wurde verlesen und angenommen. Als neue Mitglieder wurden aufgenommen die Herren Dr. Reusing und Dr. Perrie. Die Gesellschaft beschloss mit den anderen hiesigen medicinischen Gesellschaften durch ein Comité in Verbindung zu treten betreffs Gutheissung des bei der Legislatur in Vorschlag gebrachten Antrages, dass alle Aerzte, die sich in Ohio niederlassen, in Columbus sich einer besonderen Staatsprüfung unterziehen müssen.

Demonstrationen. Dr. S. Riegelhaupt stellt einen Fall von rechtsseitiger peripherer Farialislähmung bei einem 20-jährigen Mädchen vor. Die Ursache ist eine rheumatische, da Trauma, Infectionskrankheiten und Ohrenerkrankung ausgeschlossen sind. Es besteht blos eine Lähmung der Gesichtsmuskeln; der Geschmack, die Speichelsecretion, Gaumensegel und Gehör normal, daher nur die Erkrankung des Facialis nach seinem Austritt aus dem foramen stylo-mastoideum. Die characteristischen Symptome, besonders der Anfangs bestandene hochgradige Lagophthalmus, sind seit einer zweiwöchentlichen Behandlung mit dem galvanischen Strom um ein wesentliches verschwunden. Von Salicylpräparaten sah Dr. R. keinen Nutzen. Die Anfrage Dr. Stotter's, ob in diesem Fall das Bell'sche Phaenomen beobachtet worden sei, verneinte Dr. Riegelhaupt.

Dr. W. Conrad stellt einen 30jährigen Arbeiter vor. Derselbe hatte sich in früheren Jahren syphilitisch inficirt und ungefähr vor 8 Jahren durch einen Fall gegen einen Thürpfosten am Kopfe in der Gegend des rechten Schläfen- und Hinterhauptbeins leicht verletzt. Seit dieser Zeit litt Patient heftig an Kopfschmerzen, die sich in den letzten Jahren immer heftiger gestalteten und

jeglicher Therapie, auch einer energischen antisyphilitischen Behandlung trotzten. Eine genaue Untersuchung der Ohren, der Augen und der Nase ergab nichts Krankhaftes. Seit zwei Jahren litt Patient auch an Gedächtnissschwäche; infolge eines Unglücksfalles, den seine Frau vor ca. 6 Monaten traf, trat eine Steigerung der Kopfschmerzen ein, ausserdem verlor Patient das Sprechvermögen. Dr. Conrad fand hochgradige Pulsverlangsamung, Stauungspapille auf beiden Augen, später theilweise Bewusstlosigkeit. C. entschloss sich zur Operation. Er trepanirte in der Gegend des rechten Scheitel- und Hinterhauptbeines, dabei fand er den Knochen daselbst necrotisch, in der Dura eine für eine Sonde durchgängige Oeffnung und daselbst einen kleinen Sequester. Nirgends Eiter. Nach der Operation gingen die schweren Störungen zurück; Patient ist jetzt (4 Monate nach der Operation) arbeitsfähig, sein Gedächtniss ist normal, doch hat er für alle Vorgänge vor der Operation die Erinnerung vollständig verloren. Die Kopfschmerzen sind gering, doch besteht eine Ungleichheit der Pupille und Stauungspapille beiderseits. Dr. C. nimmt an, dass es sich um Syphilis des Schädelknochens handelt, dass der Druck des Sequesters diese schweren Symptome hervorgerufen habe; dass aber, da zur Zeit noch Zeichen einer intracraniellen Drucksteigerung vorhanden sind, wahrscheinlich doch ein Gumma oder ein Tumor vorhanden ist.

Dr. Stotter erinnert sich, einen ähnlichen Fall beobachtet zu haben; bei der Autopsie, der Tod war plötzlich erfolgt, fand man ein Gumma. Dr. Belkowsky meint, es könnte sich vielleicht auch um eine Paralyse handeln.

Tagesordnung. Dr. W. Conrad: Vortrag über „Unterschenkel-Varicen und Unterschenkel-Geschwüre." Vortragender theilt die Ansicht, dass die Unterschenkelgeschwüre auf eine trophoneurotische Störung im Gebiete der Unterschenkelvenen, soweit diese in die Vena saphena einmünden, zurückzuführen sind. Die Trophoneurose geht vom Nervus peroneus communis und seinen Verzweigungen aus, welche die ebengenannten Venen versorgen. Diese trophoneurotische Störung besteht in einer Schwächung der Venenwandungen, sowie in einer consecutiven Insufficienz der Venenklappen. Als eine directe Folge davon sinkt das Blut im Gebiete der Vena saphena dem Gesetze der Schwere nach unten, wodurch die Venen mehr oder weniger erweitert und geschlängelt werden. Die Erweiterung dieser Venen ruft durch Druck einen mechanischen Reiz auf die Umgebung hervor, der sich als klonischer Krampf der Unterschenkelmuskulatur, sowie auch als Entzündung und consecutive Atrophie der umgebenden Haut äussert. Zu dieser Hautatrophie resp. Dystrophie brauchen nur noch äussere Reize hinzuzukommen, wie z. B. mechanische Insulte, Hyperhidrosis der Haut etc., dann sind für die Entstehung von Geschwüren die denkbar besten Bedingungen gegeben. Die Symptomatologie, sowie den Verlauf der varicösen Geschwüre

übergeht Vortragender und geht gleich über auf die Besprechung der Therapie. Er unterscheidet eine palliative Behandlung (Binden und Bandagen, elastische Strümpfe, Hochlagerung der Beine, Salben und Aetzmittel) und die radicale, die, weil eine causale, nur eine operative sein kann. Die in Frage kommenden Operationsmethoden sind: Die blutige Dehnung des Nervus peroneus communis, die Excision der Vena saphena magna am Oberschenkel oder die Excision der ectatischen Unterschenkelvenen. Dr. Conrad giebt nach seinen Erfahrungen hauptsächlich der Combination dieser drei Verfahren das Wort. Dieselbe hat in allen Fällen gute Resultate geliefert. Nur bei sehr fetten Individuen unterlässt Dr. Conrad die Dehnung des Nerv. peron. comm., weil derselbe ausserordentlich schwer zu finden ist und dadurch die Dauer der Operationen bedeutend verlängert wird. Bei den übrigen Fällen sucht C. zuerst den Nerv. peron. comm. auf, indem er in der Kniekehle eine Incision am inneren Rande des Biceps macht, hierauf den Nerven hervorzieht und ihn mit Zeige- und Mittelfinger dehnt, bis er ungefähr zwei Zoll hoch aus der Kniekehle hervorgezogen werden kann. Nach Vernähung der Wunde schreitet er zur Resection der Vena saphena magna. Von der Rosenmüller'schen Drüse an führt der Hautschnitt über die Vene hin etwa 3 Zoll abwärts. Die Saphena wird nun herauspräparirt, oben und unten unterbunden und excidirt. Der dritte Act der Operation besteht in der Excision der varicösen Unterschenkelvenen. Nach der Unterbindung der Saphena magna sind diese nun stark erweitert und infolge dessen bietet ihre Entfernung keinerlei Schwierigkeiten. Die Blutung ist zuweilen eine beträchtliche, da die Venenwandungen hochgradig dünn und zerreisslich sind. Durch Excision dieser Venen wird natürlich die Circulation durch die Vena saphena völlig ausgeschaltet, das venöse Blut muss nunmehr seinen Weg durch die kräftige Vena tibialis, femoralis und iliaca nehmen.

Dr. Conrad demonstrirt dann einen diesbezüglichen Fall. Bei einem 30jährigen Arbeiter, der infolge von Krampfadern arbeitsunfähig wurde, wurden die Venen excidirt, und er erfreut sich nun seit 4 Monaten (im November war die Operation vorgenommen) der völligen Gesundheit. Ausser den per primam geheilten Operationsschnitten ist an beiden unteren Extremitäten nichts Abnormes mehr zu sehen, die Krampfadern sind völlig zurückgegangen.

Dr. Belkowsky ist nicht der Ansicht, dass eine Trophoneurose die Ursache der Varicen bilde; abgesehen von Störungen im Kreislaufe, bei Herzfehlern, Schwangern etc. sei sonst die Anlage zu Krampfadern eine hereditäre, was ihm der Umstand beweise, dass er schon oft Gelegenheit gehabt habe, bei verschiedenen Familienmitgliedern diese Erscheinungen zu beobachten.

Dr. Rosenberg hält die Trophoneurose als aetiologisches Moment ebenfalls für nicht genügend, die mangelhafte Herzthätigkeit verursache in den meisten Fällen den Zustand der Blutgefässe, wie wir sie bei den Varicen beobachten. Er hält es nicht für nothwendig, in allen Fällen nur an die operative Methode zu denken; innere Mittel wie Digitalis, Strophantus, Strychnin sind oft im Stande durch Regelung der Herzthätigkeit die krankhaften Erscheinungen zu bessern. Bei den Geschwüren umschneidet er die callösen Ränder, reinigt den Grund durch Cauterisation oder durch chemische Mittel und schliesst später durch das Hervorziehen und das Zusammennähen zweier Hautfalten den Defect.

Dr. Loewenthal frägt an, ob die radicalen Behandlungsmethoden, wie sie Dr. Conrad beschrieben, vor Recidiven schützen. Die verzweifelsten Fälle lassen sich manchmal noch, wie er selbst beobachtet habe, mit Natrium und Hydrargyrum sozojodolicum heilen.

Dr. Schmitz sah ebenfalls bei der Behandlung der Ulcera cruris, die durch Varicen entstanden waren, mit Hydrarg. sozojodolic. die schönsten Resultate. Er streicht eine einprocentige Salbe messerdick auf kleine Leinwandstreifchen, fügt diese dachziegelförmig auf die Geschwüre und legt darüber einen Verband an. In der ersten Zeit alle 2—3 Tage, später alle 5—6 Tage Wiederholung und Verbandwechsel. Nach kurzer Zeit finden sich die Ränder abgestossen, der Grund gereinigt und es bilden sich bald die schönsten Granulationen. Später lässt er noch einige Zeit einen einfachen Verband tragen und ausserdem Gummistrümpfe gegen die Varicen.

In dem Schlussworte führte Dr. Conrad aus, dass die Theorie von der Trophoneurose, die hauptsächlich Küster aufgestellt, sich durch das Experiment am besten beweisen lasse. Er habe in vielen Fällen, wenn die krampfhaften Störungen auf beiden unteren Extremitäten vorhanden waren, auf der einen Seite eine Resection der Vena saphena, auf der anderen Seite nur die Dehnung des Peroneus communis vorgenommen und in beiden Extremitäten die gleich guten Resultate erzielt. Einige Autoren machen überhaupt nur die Dehnung der Peroneus, und in sämmtlichen Fällen sind nach stattgehabter Operation die Varicen zurückgegangen. Recidive habe er noch nie beobachtet, er lasse zeitweise durch seine Assistenten die operirten Fälle untersuchen. Dass man mit der palliativen Therapie auch Erfolg erzielen könne, sei selbstverständlich, aber doch nur in den leichteren Fällen. Diejenigen Kranken, die den Chirurg aufsuchen, seien jedoch meistens schwerer Natur und haben sich oft jahrelang in ärztlicher Behandlung befunden, wie der eben demonstrirte geheilte Kranke, der in der letzten Zeit arbeitsunfähig war. Von äusseren Mitteln habe er früher den Perubalsam angewandt; vor dem sehr gepriesenen Antinosin möchte er die Aerzte warnen.

Dr. M. Kahn, Secretär.

Bericht über die in Brüssel vom 4.–8. September 1899 stattgefundene „Internationale Conferenz zur Prophylaxe der Syphylis und der ansteckenden Geschlechtskrankheiten".*)

Von

Dr. med. Alfred Sternthal,

Arzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Braunschweig.

Nachdem im Jahre 1897 die „Internationale Lepraconferenz" in Berlin getagt hatte, griff Dr. Dubois-Havenith, Privatdocent an der Universität Brüssel, den dort in kleinerem Kreise geäusserten Gedanken auf, eine in ähnlicher Weise zusammengesetzte Conferenz zu organisiren, die sich mit der Bekämpfung der ansteckenden Geschlechtskrankheiten befassen sollte. Es gelang ihm, mit Unterstützung der Belgischen Regierung, diese Conferenz thatsächlich ins Leben treten zu lassen und sie hat, von Delegirten und Gelehrten aller Staaten der civilisirten Erde besucht, vom 4.—8. September vorigen Jahres in Brüssel getagt. Der Berichterstatter, der im Namen des „Vereins für öffentliche Gesundheitspflege im Herzogthum Braunschweig" und als Delegirter der Herzoglichen Staatsregierung und somit auch als einer der Delegirten des Deutschen Reiches nach Brüssel gesandt wurde, will in Folgendem versuchen, die Verhandlungen in einer für weitere Kreise geeigneten Form wiederzugeben. Es ist bei der Art des Stoffes nicht leicht, alles zu vermeiden, was hier und da Anstoss erregen könnte. Man möge aber bedenken, dass es nicht länger angeht, an diesen Dingen achtlos vorbeizugehen oder besser sie geflissentlich zu ignoriren, ja es gewissermassen als eine Verletzung der Schamhaftigkeit zu betrachten, wenn man öffentlich von ihnen spricht. Zu schwer sind die Verluste, die auch unser Vaterland täglich durch jene Krankheiten erleidet, zu zahlreich sind ihre Opfer, zu gefahrdrohend ihre Zunahme. Da wird ein weiteres Schweigen zur Verfehlung, das Reden zur Pflicht. Wenn es überhaupt die vornehmste Aufgabe des Arztes sein soll, Krankheiten zu verhüten, so ist es ganz gewiss eine gebieterische Pflicht gegenüber der Syphilis und Venerie. Die beste Vorbeugung aber ist eine gründliche Aufklärung über Entstehen, Wesen und Folgen dieser Krankheiten. In diesem Sinne mag mein Bericht aufgefasst werden

Schon ehe die Conferenz begann, war eine Anzahl von „Rapporten" durch einzelne besonders dazu bestimmte Gelehrte ausgearbeitet worden, die werthvolle, allgemeine Betrachtungen gaben. So hatte Prof. Fournier (Paris), der Meister aller Syphilidologen, eine Abhandlung veröffentlicht: „Die sociale

*) Sonderbeilage zu No. 2 des Monatsblattes für öffentliche Gesundheitspflege, XXIII. Jahrgang, 1900.

Gefahr der Syphilis"; Prof. Neisser (Breslau): „Die sociale Gefahr des Trippers"; Dr. Verchère (Paris): „Welchen Antheil hat die Prostitution an der Verbreitung der Syphilis und der Geschlechtskrankheiten?" Prof. Lassar (Berlin): „Welchen Antheil haben, abgesehen von der Prostitution, die anderen Wege an der Ausbreitung der Syphilis und der Geschlechtskrankheiten?"

Fournier zeigt, dass die Gefahren, welche von der Syphilis der Allgemeinheit drohen, auf 4 Cardinalpunkten beruhen. 1) Die Syphilis stellt eine Gefahr für die Allgemeinheit dar durch die Schädigungen, die sie dem Kranken selbst zufügt. 2) Durch die Schädigungen, welche sie über die Familie heraufbeschwört. 3) Durch die Folgen der Vererbung, die sie nach sich zieht, vor allem durch die entsetzliche Sterblichkeit, mit der sie die Kinder bedroht. 4) Durch die Entartung und Entnervung der ganzen Gattung. — Ich bedaure, dass ich von den in glänzendem Stile geschriebenen, überaus wichtigen und theilweise gänzlich neue Thatsachen mittheilenden näheren Ausführungen hier nichts wiedergeben kann und beschränke mich auf die Schlüsse, die Fournier aus seiner Arbeit zieht: „Die Syphilis ist eine Geissel der menschlichen Gesellschaft durch die vielfachen Gefahren, die sie mit sich bringt, Gefahren, die zugleich dem Einzelwesen, der Familie, den Kindern und selbst den Kindern dieser Kinder drohen. Es ist keine Uebertreibung, wenn man hinzufügt, dass sie einen thätigen Factor der Entvölkerung bildet und dass sie so die Interessen des Vaterlandes schwer schädigt. Sie hat Zugang zu allen Schichten der Gesellschaft, auch zu den ehrenwerthesten, wo man sie gar nicht vermuthen sollte. Mit dem Alcoholismus und der Tuberculose bildet sie die sogenannte „Trias der Pesten unserer Zeit." Da man nun gegen die Tuberculose und den Alcoholismus zwei Kreuzzüge organisirt hat, die für unser Jahrhundert eine bleibende Ehre sein werden, so ist es wahrhaftig Zeit, eine Liga gegen die Syphilis zu gründen. Die Gesellschaft hat das Recht, sich gegen einen Feind dieser Art zu rüsten und ihn mit allen verfügbaren Mitteln zu bekämpfen."

Prof. Neisser zeigt in seiner Abhandlung die schweren Gefahren, die der menschlichen Gesellschaft vom Tripper drohen. Er will den in Laienkreisen so verbreiteten Glauben von der „Harmlosigkeit" des Trippers ausrotten, da die Wissenschaft festgestellt hat, dass, namentlich für das weibliche Geschlecht, die Tripperansteckung fast eine noch grössere Gefahr für Gesundheit und Erhaltenbleiben der Arbeitsfähigkeit bedeutet als die Syphilis. Er zeigt, dass der Tripper in allen sogenannten Culturstaaten eine unendlich verbreitete, vielleicht, abgesehen von den Masern, die verbreitetste Krankheit ist, und weiter, dass es in jedem dieser Staaten ein ganzes nach Tausenden und Zehntausenden zählendes Heer von schwer Erkrankten und dauernd in ihrer Gesundheit und Arbeitsfähigkeit geschädigten Männern und Frauen giebt, die ihr Siechthum dem Tripper verdanken.

Neisser kommt zu dem Schlusse, dass die das Gesammtwohl des Volkes treffenden Schädigungen, welche die Masse der Tripper-Einzel-Erkrankungen erzeugt, auf folgenden Punkten beruhen: 1) auf einem enormen Verlust an Arbeitskraft und Arbeitsverdienst durch die zur Bettlägerigkeit, Krankenhausaufenthalt und Schonung zwingenden Erkrankungstage; 2) einem grossen Aufwand von Kosten aus privaten und öffentlichen Mitteln; 3) auf der grossen Zahl immer noch durch Augentripper erblindender Kinder (für Deutschland immer noch 30,000); 4) auf der grossen Zahl unfruchtbar werdender Männer.. Allen diesen Gefahren liesse sich durch eine volle Ausnützung der durch die Wissenschaft gefundenen Erkenntniss über das Wesen der Erkrankung vorbeugen, ihre Verbreitung mindern, ihre schlimmsten Folgezustände verringern, sofern nur in immer weitere Kreise diese Kenntnisse von den Gefahren des Trippers sich ausbreiten.

Dr. Verchère (Paris) zeigt dann in evidenter Weise, dass die Ausbreitung der venerischen Krankheiten hauptsächlich durch die Prostitution erfolgt; dass man diese überwachen, ärztlich rein erhalten muss, wenn man die Quelle der venerischen Krankheiten versiegen lassen will.

Prof. Lassar (Berlin) schildert, welchen anderen Wegen (ausser der Prostitution) Syphilis und venerische Erkrankungen ihre Ausbreitung verdanken. Er legt dar, dass die Krankheiten dieser Art nicht an der Schwelle des Familienlebens Halt machen, sondern mit ihrem Eindringen in Kreise, welche mit irregulärem Geschlechtsverkehr nichts zu thun haben, erst die eigentliche Gefahr für die allgemeine Volksgesundheit beginnt. Mehr und mehr wächst die Zahl der so indirect Inficirten: Der erkrankte Vater, die erkrankte Mutter inficiren ihre Kinder, Verwandte und Freunde durch Küsse, Ess- und Trinkgeräthe etc. Das vom „Bräutigam" inficirte Kindermädchen, die alte, vielleicht vom eigenen Enkel inficirte „Kinderfrau" übertragen die Syphilis auf ihre Pflegebefohlenen. Von dem syphilitischen Säugling inficirt sich die Amme und überträgt nach ihrer Rückkehr aus dem Dienst aussergeschlechtlich die Krankheit oft auf ihr ganzes Heimathsdorf. Aerzte, Zahnärzte, Hebammen und anderes Heilpersonal inficiren sich bei Kranken und verschleppen — falls die Krankheit nicht gleich erkannt wird — die Seuche weiter.

Nachdem so die vier grossen Abhandlungen die Gefahren der Geschlechtskrankheiten und ihre Ausbreitungswege gezeigt hatten, liessen andere grosse Untersuchungen, die drei stattliche Bände von 1400 Seiten füllten, erkennen, wie sich in den einzelnen Staaten der ganzen Welt die Prostitutionszustände verhalten; wie stark die Ausbreitung der Prostitution ist, wie man sie geregelt hat, und wie man den venerischen Krankheiten in den verschiedenen Ländern entgegenzuarbeiten sucht. Als Ergebniss all dieser Enquêten lässt sich Folgendes hinstellen: Die statistischen Daten aus den verschiedenen Staaten und Städten

Europas mit und ohne Reglementirung lassen keinen deutlichen Einfluss derselben auf die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten unter der Bevölkerung erkennen.

Ich komme nun zu den eigentlichen Congresstagen und -Verhandlungen: Die I. Frage, die dem Congress zur Verhandlung vorlag, lautete: „Haben die gegenwärtig geltenden Reglementationssysteme einen Einfluss auf die Ausbreitung der Syphilis und der ansteckenden Geschlechtskrankheiten gehabt?" Diese Frage entfesselte einen wahren Redestrom, der zwei Tage der Verhandlungen brauchte, um sich nicht zu erschöpfen, sondern schliesslich gewaltsam gehemmt zu werden. Das ist auch natürlich, denn diese Frage war der Brennpunkt der ganzen Conferenz und mehr als dies. Diese Frage ist es ja, welche überhaupt die Welt der Syphilidologen, der Hygieniker, Verwaltungsbeamten und Menschenfreunde seit langem erregt, der man seit langem allen Fleiss, alle Arbeit widmet und die noch immer ungelöst blieb und auch — vorläufig — bleibt. Wir sahen vorhin aus den verschiedenen Enquêten das Resultat hervorgehoben, dass bisher mit der Reglementirung nichts oder so gut wie nichts erreicht worden ist. Auf Grund dieser Enquêten, im Namen der persönlichen Freiheit und der Moral forderten nun die Vertreter des Abolitionismus eine vollständige Beseitigung jeder Reglementation, während die Reglementaristen die bestehenden Systeme ändern, verbessern, aber jedenfalls die Zwangsuntersuchung und -Behandlung aufrecht erhalten wollten. Sie alle, vor allen Fournier, Neisser, Lassar, sind überzeugt, dass man mit der Statistik diese Frage nicht lösen kann: „Die Statistik überzeugt doch nur die, die sie aufgestellt haben" (Lassar). „Jedenfalls ist so viel sicher, dass es zuviel Syphilis und venerische Krankheiten giebt. Ob die Reglementation das einzige und beste Mittel ist, können wir zwar nicht entscheiden, aber sie ist doch ein Mittel, um die Ausbreitung einzuschränken. Haben die Gegner, die Abolitionisten, dem etwas Besseres entgegen zu setzen? Mit edlen Gefühlen ist hier nichts zu machen." „Die Reglementirten", so rief Lassar aus, „sind nicht zu beklagen, weil sie untersucht werden, sondern weil sie eben Prostituirte sind. Wir können keines der Mittel im Kampfe gegen die Syphilis entbehren, wir müssen die Krankheitsherde isoliren, das sind die Prostituirten." „Und die Abolitionisten begehen ein Verbrechen", so sagte Fournier, „weil sie die Gefahren der Syphilis nicht kennen". Er meinte, dass der gesunde Menschenverstand klar zeige, dass jedes Mal, wenn man eine Prostituirte mit frischer Syphilis im Hospital internire, man mehrere Männer schütze, die sonst von dem Mädchen inficirt worden wären. Doch darauf antworten die Abolitionisten: Diese Ueberlegung ist gewiss logisch, aber man darf nicht vergessen, dass diese Person Gelegenheit hatte, das Gift weiter zu verbreiten, ehe sie ergriffen wurde, ferner dass sie aus dem Hospital nicht geheilt, sondern nur latent syphilitisch herauskommt; sie bleibt also weiter

infectiös; ferner dass der Mann, den man nach Einsperrung dieser kranken Prostituirten vor der Syphilis schützen will, sich derselben Gefahr einfach bei anderen aussetzt, denn „für eine eingesperrte Prostituirte treten 10 neue ein." Alle die hier in Frage kommenden Momente scheint mir am besten B l a s c h k o (Berlin) zusammengefasst zu haben, wenn er sagt: „Was die Abolitionisten der Regierung vorwerfen und die Anhänger der Reglementirung an ihr bedauern, ist, dass die Einschreibung der Prostituirten sich nur auf einen so geringen Bruchtheil erstreckt. Aber könnte die Polizei nicht eine grössere Zahl an Prostituirten einschreiben? Nein.

Sie k a n n es nicht, weil namentlich in den modernen Riesenstädten diese Mädchen schwer zu fangen sind. „Die Nürnberger hängen keinen, sie hätten ihn denn zuvor."

Sie d a r f nicht, weil, wie z. B. in Paris die Gesetzgebung die Einschreibung der Minorennen verbietet, weil oft der Nachweis gewerbsmässiger Unzucht nicht zu erbringen ist, und weil viele Mädchen den geschlechtlichen Verkehr nur als eine gelegentliche und nicht als ausschliessliche Erwerbsquelle betrachten.

Sie w i l l es nicht, weil sie von vielen Anfängerinnen der Prostitution hofft, dass sie wieder ein ehrliches Gewerbe ergreifen werden, weil, wo Bordelle existiren, sie die Gelegenheit zur geschlechtlichen Ausschweifung zu vermehren fürchtet, oder sie will nicht, weil ihr die ungeheuren Mittel, das Beamtenheer, die Aerzte und die Krankenhäuser fehlen, um eine solche Riesenarmee von Prostituirten hinreichend zu überwachen.

Nun zeigt aber die Statistik, dass gerade diese Anfängerinnen der Prostitution, diese Irregulären, welche in die Dirnenliste einzutragen die Polizei mit Recht Bedenken trägt, bei weitem die gefährlichsten sind, während das Gros der Eingeschriebenen nach kurzer Zeit relativ ungefährlich wird, ungefährlich wenigstens so weit die Syphilis in Frage kommt, deren infectiöses Stadium sie gewöhnlich vor der Einschreibung oder kurz nach derselben durchmachen, während der Tripper und zwar zu wiederholten Malen selbst von den Veteraninnen der Prostitution erworben werden kann, dafür aber auch bei der Untersuchung oft unerkannt und bei der Behandlung oft ungeheilt bleibt.

Und es zeigt sich ferner, dass überall da, wo die Polizei den Versuch macht, eine grössere Zahl von Prostituirten einzuschreiben, die Zahl der aus der Controle Verschwindenden sofort — und zwar immer im Verhältniss zur Strenge der Polizei — anwächst.

Und das kann nicht Wunder nehmen: denn in den meisten Staaten stellt sich die sanitätspolizeiliche Ueberwachung nur als ein A n h ä n g s e l — und zwar als ein recht unbedeutendes — der s i t t e n p o l i z e i l i c h e n Reglementirung dar. Diese aber mit ihren Privilegien auf der einen, mit ihren meist brutalen, thörichten und erfolglosen Zwangsbestimmungen auf der anderen Seite schafft eine Klasse von Frauen, die gerade im Beginn ihrer

Laufbahn beständig dieser drückenden Controle zu entschlüpfen streben, von denen nur ein kleiner Theil sich ihr dauernd unterwirft, der inzwischen aber das an Gesundheitsgefährlichkeit eingebüsst hat, was er in diesem beständigen Kampf mit Gesetz und Polizei, Kupplern und Zuhältern an Gemeingefährlichkeit gewonnen hat. Ob — wie die Abolitionisten meinen — das Vorhandensein einer Reglementirung an und für sich schon eine Verlockung zu geschlechtlichen Ausschweifungen darstellt, weil sie diese als erlaubt kennzeichnet und den Wahn von der Ungefährlichkeit der officiellen Prostitution erzeugt, will ich dahingestellt sein lassen. Im Allgemeinen — glaube ich — wird der Umfang, in welchem die männliche Bevölkerung eines Landes von der Prostitution Gebrauch macht, weniger von der An- oder Abwesenheit derartiger Einrichtungen bedingt als vielmehr von den ökonomischen und socialen Existenzbedingungen dieser Bevölkerung, von Tradition und Sitte, von dem intellectuellen und ethischen Niveau, welches das gesammte Volk und die männliche Jugend eines Landes insbesondere einnimmt.

Aber einen Fehler haben — bisher wenigstens — die üblichen Reglementirungssysteme gehabt, der zweifellos in sanitärer Beziehung in ungünstigem Sinne eingewirkt hat; — sie haben die öffentliche Aufmerksamkeit ausschliesslich auf die gewerbsmässige Prostitution als die Quelle der Geschlechtskrankheiten hingelenkt, sie haben Gesetzgeber und Verwaltungsbehörden und auch die Vertreter der öffentlichen Gesundheitspflege dazu verleitet, alle die anderweitigen wirksamen Maassregeln zur Bekämpfung der venerischen Krankheiten zu vernachlässigen, sie haben es ermöglicht, dass noch heute in den meisten Staaten Gesetze und Verwaltungsmaximen herrschen, welche direct zu deren Verbreitung beitragen."

Die II. Frage lautete: Ist die gegenwärtige Organisation der ärztlichen Ueberwachung der Prostitution verbesserungsfähig? Da man von allen Seiten das Mangelhafte der bisherigen Einrichtungen anerkann hatte, so konnte es an guten Vorschlägen zur Verbesserung nicht fehlen. Dass unter diesen Vorschlägen auch über alles Maass und Ziel hinausgehende waren, kann nicht Wunder nehmen, denn es gab und giebt allenthalben Weltverbesserer, die nur in den äussersten Utopien alles Heil sehen. An dieser Stelle übergehe ich all jene phantastischen Pläne und beschäftige mich nur mit den durchführbaren. Ich berühre dieselben, die sich vielfach wiederholten und untereinander unterstützten, in ihren wesentlichen Punkten und fasse sie zusammen. Vor allem verlangten die Redner eine Umwandlung der Sittenpolizei in ein rein ärztliches Institut, bei dem der Arzt die Directive geben soll. Wie schon erwähnt, lässt ja jetzt die Polizei die jungen Prostituirten laufen und schreibt die alten ein. Sie befindet sich in einem Conflict, weil sie glaubt, die jungen Dirnen seien noch nicht ganz verdorben und will ihnen die Rückkehr zum anständigen Leben nicht ver-

legen. Gerade diese dem Alter oder den Dienstjahren nach jungen Prostituirten sind aber die gefährlichen. So wenig sonst von der Prostitutionsstatistik zu halten ist, da über dasselbe Thema von zwei verschiedenen Autoren aufgestellte Statistiken gewöhnlich diametral entgegengesetzte Resultate ergeben, hier ist doch eine merkwürdige Ausnahme, die Berücksichtigung verdient: Alle Statistiken aller Forscher stimmen mit dem überein, was schon vor langem der russische Arzt Sperck gefunden hatte, dass nämlich die meisten und infectiösesten Erscheinungen der Syphilis bei den jugendlichen noch gar nicht oder erst ganz kurze Zeit eingeschriebenen Prostituirten zu finden sind, während das Gros der Eingeschriebenen relativ gesund ist. Welch ein Widerspruch also zwischen den wissenschaftlichen Thatsachen und den Handlungen der Verwaltung. Und warum bekümmert sich die Polizei um die alten Prostituirten? Weil diese die Degenerirten, die Diebinnen u. s. w. sind, weil die Criminalpolizei an ihnen Interesse hat, während sie für die ärztliche Ueberwachung ziemlich gleichgiltig sind. Ist es nun aber sehr geschickt, diese gefährlichen Menschen noch zu organisiren? Also auf die „Jungen" sollte die Sanitätspolizei ihre Arbeit beschränken. Der Arzt muss bestimmen, wie oft untersucht werden soll. Die Vereinigung von Untersuchung und Behandlung im Krankenhause muss durchgeführt werden. Nur der Arzt darf ferner entscheiden, ob ambulatorisch oder klinisch behandelt werden soll. Eine poliklinische Behandlung und Controle neben der Krankenhausbehandlung ist — abgesehen von anderen Gründen — auch deswegen erwünscht, weil man die Syphilis so besser in ihren Rückfällen beherrschen kann, und auch für die Behandlung des Trippers wäre viel zu leisten. Aufzuräumen ist aber mit vielen bisherigen Gepflogenheiten der Behörden: Zunächst dürfen nicht Aerzte angestellt werden, die nicht fachmännisch ausgebildet sind, das ist eigentlich selbstverständlich oder vielmehr sollte selbstverständlich sein. Ferner hat die Untersuchung nicht in Bordellen und anderen ungeeigneten Localen, sondern im Krankenhause zu geschehen. Die Untersuchung hat stets den ganzen Körper zu umfassen. Die Vorschläge über die Häufigkeit der Untersuchungen und deren Technik übergehe ich hier, da sie nur fachmännisches Interesse haben.

Ein Beschluss über diese Vorschläge erfolgte nicht, eine Verständigung wäre ja doch zwischen Abolitionisten und Reglementaristen nicht zu erzielen gewesen, und so kam man zu dem Ergebniss: Jedes Land muss diese Frage für sich lösen.

Die III. Frage hiess: Ist es vortheilhaft, wenn man sich auf ausschliesslich medicinischen Standpunkt stellt, die Bordelle bestehen zu lassen oder ist es besser sie zu unterdrücken? Auch diese Frage konnte nicht allgemeingiltig gelöst werden. Während die einen sich für Abschaffung der Bordelle aus sanitären und moralischen Gründen aussprachen, äusserten andere Auto-

ren die entschiedene Meinung, sie beizubehalten. Man kann die Bordelldirnen eben besser controliren, das ist das Bestehende der Sache; man kann sie besser zur Reinlichkeit erziehen; man kann die Wirthe zwingen, auf die Gesundheit des Personals zu achten, da man sonst die Concession aufhebt etc. Andererseits ist nicht zu leugnen, dass die Bordelle auch eine gewisse Anlockung ausüben. Jedenfalls muss man sehr vorsichtig erwägen, ehe man daran geht, sie aufzuheben. Wie hier übereiltes Handeln schadet, zeigt das Beispiel von Sachsen, insbesondere von Dresden. Dort hat man am 1. Januar 1890 die Bordelle aufgehoben. Was geschah nun nach deren Unterdrückung? Die heimliche Prostitution nahm, wie Galewski zahlenmässig zeigte, deutlich zu. An der ganzen sächsisch-böhmischen Grenze, die ja von Dresden in kürzester Zeit zu erreichen ist, entstanden Weinkneipen mit Frauenzimmerbedienung, die nichts anderes waren und sind als Bordelle, in denen sich unzählige Menschen inficiren. Die Zuhälter, die man früher nicht gekannt hatte, machten sich in widerlicher Weise breit. Eine ganz neue Kategorie von Verbrecherinnen — Beischlafsdiebinnen, von denen 100 actenmässig bekannt sind — entstand, kurz die Schäden waren so gross, dass die gesammte Bevölkerung, die Geistlichkeit an der Spitze, um Wiedereinführung der Bordelle petitionirt hat. Diese Petition liegt jetzt dem Landtage vor. In Leipzig musste man schon 1892 die Bordelle wieder einführen. —

Natürlich kann ein Bordell auch nur dann relativ unschädlich sein, wenn penibelste Sauberkeit herrscht, wenn täglich untersucht wird und zwar von geschulten Aerzten. Ausserdem scheint von Einfluss auf diese Frage zu sein, welches Publicum die Bordelle besucht. Jedenfalls muss man aber dem entgegentreten, was heute allenthalben im Publicum geglaubt wird, als ob man in den Bordellen oder bei Untersuchten sicher sei. Eine solche Garantie kann niemand geben und man wird sie auch niemals geben können.

Die IV. Frage lautete: Ist die administrative Organisation der polizeilichen Ueberwachung der Prostitution verbesserungsfähig? Hier vereinten sich alle Redner dahin, dass wohl Besserungen zu verlangen seien. Für uns dürfte es ohne Interesse sein, wie die fremden Staaten diese Frage geregelt haben, für Deutschland hat Oberlandesgerichtsrath Schmölder aus Hamm jedenfalls — im Geiste des modernen Gesetzgebers — das Richtige getroffen, wenn er zu folgenden Schlüssen kommt:

I. Die polizeiliche Reglementirung widerstreitet den Lehren der christlichen Kirche. Sie schafft in moralischer Beziehung schwere Schäden. Sie ist aber auch unanwendbar gegen die Gestalt, die die Prostitution unter dem Einfluss des selbstständigen Eintritts der Frau in das Erwerbsleben und der Lockerung der Familie angenommen hat. Sie bietet keinen geeigneten Boden für einen erfolgreichen Kampf gegen die geschlechtlichen Krankheiten. Die polizeiliche Reglementirung ist abzuschaffen.

II. Es bedarf aber eines Ersatzes. Dieser ist gegeben in einer Strafbestimmung gegen die gewerbsmässige Unzucht und gegen die Beihilfe zu dieser, die einfache Kuppelei, und zwar mit der Maassgabe, dass die Verfolgung nur auf den Antrag der zuständigen Polizeibehörde erfolgt. Bei diesem Vorschlag fallen alle moralischen Bedenken fort. Mit ihm wäre der Polizei gleichzeitig das weiteste discretionäre Ermessen eingeräumt, wie es auf diesem Gebiete derjenigen Behörde gebührt, der die Sorge obliegt, für die öffentliche Ruhe, Sicherheit und Ordnung und für die Abwendung der der Gesammtheit oder Einzelnen drohenden Gefahren. Die Polizei brauchte bei ihren Maassnahmen nicht mehr Halt zu machen vor den Ehefrauen und den Minderjährigen. Sie hätte ausserdem das Mittel, um den Unzuchtsbetrieb der syphilitischen und tripperkranken Prostituirten im grössten Umfang und für die ganze Dauer der gefährlichen Periode zu unterdrücken. Es wäre hiermit alles erreicht, was in gesundheitlicher Beziehung im Rahmen der Prostitution überhaupt geschehen kann.

Die V. Frage hiess: Durch welche gesetzlichen Maassregeln könnte man die Zahl jener Frauen einschränken, die in der Prostitution ihre Existenzmittel suchen? Der erste Berichterstatter über diese Frage, Geh. Med.-Rath Prof. Neisser, empfiehlt zunächst 1) erziehliche und anderweitige Maassregeln, durch welche dem Wahn, dass Keuschheit schädlich sei, entgegengewirkt, andererseits natürlich auch den Gefahren der Masturbation Rechnung getragen wird. Einführung strengerer Grundsätze bezüglich der sexuellen Sittlichkeit in die Kreise der Studentenschaft, Officiere etc. Oeffentliche Propaganda gegen Unsittlichkeit und Alcoholismus durch Vereine. Belehrung (der Arbeiter, Studenten, Soldaten) über die Gefahren des ausserehelichen Geschlechtsverkehrs, besonders eines solchen mit Prostituirten (durch öffentliche Vorträge, Druckschriften). 2) Polizeiliche und gesetzliche Einschränkung der nicht der wirklichen Kunst dienenden Schaustellungen und strenge Ueberwachung der obscönen Literatur, insbesondere auch der pornographischen, sogenannten „Witzblätter. 3) Strenge Ueberwachung der Kellnerinnen in zweifelhaften Weinstuben und ähnlichen Localen. 4) Kasernirung der Prostitution d. h. Vertreibung der die Männer „provocirenden" Prostitution von der Strasse und aus der Oeffentlichkeit. Die in verschiedenen Ländern der Kasernirung und der Errichtung von Bordellen entgegenstehenden criminalrechtlichen Vorschriften müssen beseitigt werden. 5) Gesetzliche Vorschriften, durch welche die Verantwortlichkeit des Mannes für die Folgen der ausserehelichen Beischlafsvollziehung erheblich gesteigert und dadurch auch das gegenwärtig wohl regelmässig nur schwach ausgeprägte Gefühl dieser Verantwortlichkeit allmälig geschärft wird. Solche Vorschriften müssen auf dem Gebiete des Civilrechtes und des Strafrechtes verlangt werden. Und zwar

A. Gebiet des Civilrechtes. a) Erweiterung und wirksamere Ausgestaltung der Deflorationsklage. Der Verführer muss gehalten sein, der Deflorirten unter allen Umständen eine Abfindung zu gewähren, die im Falle erzwungenen oder erschlichenen Beischlafs bis zur Zuerkennung der Vermögensrechte einer ehelichen Frau zu steigern ist. b) Schärfung der Alimentationspflicht des Schwängerers gegenüber der Geschwängerten, auch wenn sie nicht unbescholten war, und gegenüber dem unehelichen Kinde nach Voraussetzung und Umfang der Vermögensverhältnisse der Mutter.

VI. Frage. Welche Maassregeln könnte man ergreifen, — wenn man von allem was mit der Prostitution zusammenhängt, absieht —, um wirksam gegen die Ausbreitung der Syphilis und der venerischen Krankheiten zu kämpfen? Hier hielt Prof. Lesser, der Director der Berliner Syphilisklinik, einen glänzenden Vortrag. Er zeigte, dass nicht nur die kranke Prostitutirte, sondern jedes geschlechtskranke Individuum geeignet ist, die Krankheit weiter zu verbreiten. Hauptsache also ist es, diese möglichst rasch zu heilen. Die wichtigste Grundlage hierfür ist aber die Tüchtigkeit der Aerzte. Nur bei ausreichender Fähigkeit derselben im Erkennen und Behandeln der Geschlechtskrankheiten können alle weiteren Maassnahmen den gewünschten Erfolg haben. Ferner ist anzustreben, dass alle Geschlechtskranken in einem Krankenhause Aufnahme finden. Leider stehen nirgends für dies Bedürfniss genügende Betten zur Verfügung. Ausserdem stellen sich noch eine ganze Reihe von Hindernissen in den Weg. Diese Hindernisse sind einmal bedingt durch Erschwerung der Kostenbestreitung. Aber auch die Einrichtungen der Krankenhäuser sind vielfach derart, dass sie die venerischen Kranken geradezu abschrecken. Meist haben die venerischen Stationen den schlechtesten Raum, das von den anderen Stationen ausrangirte Mobiliar etc. Schlimmer noch als diese materielle Beeinträchtigung sind die Wirkungen der moralischen Geringschätzung, mit welcher diese Kranken angesehen ewrden.

Nöthig ist auch, um eine Ausbreitung der venerischen Krankheiten einzuschränken, gegen die Kurpfuscher energisch vorzugehen. Diese richten das entsetzliche Unheil an durch falsche Beurtheilung und Behandlung, durch unrichtige Information des Kranken, durch unzeitige Erlaubniss zum Heirathen etc. Um den Schädigungen der Gesundheit des Einzelnen und der Volksgesundheit durch Kurpfuscher entgegenzuwirken, ist neben der besseren Ausbildung der Aerzte Belehrung des Publicums nöthig. Jeder Arzt sollte jede einzelne ihm dazu sich darbietende Gelegenheit benutzen und sich jederzeit des grossen Einflusses bewusst sein, den das consequente Vorgehen aller Aerzte in dieser Richtung schliesslich haben muss. Endlich ist eine allgemeine Hebung der Moral von Wichtigkeit. Den Werth dieser Bestrebungen, mögen sie nun auf religiöser oder auf rein humaner Grundlage beruhen, dürfen wir nicht unterschätzen.

Aber man muss auch des Wortes eingedenk sein: Allzu scharf macht schartig Menschenfreundliche Liebe, die ohne Nachsicht nicht denkbar ist, wird auf diesem Gebiete mehr Erfolg erzielen als starre Strenge.

Prof. Kaposi (Wien) setzte sich dann vor allem für eine gründlichere Ausbildung der Aerzte ein. Da seine sehr geistreichen und zweckmässigen Worte nur fachmännischen Werth haben, berichte ich sie nicht weiter und theile nur seine Schlüsse mit:

1) An allen medicinischen Facultäten sollen mit den anderen Kliniken gleichwerthige d. h. Ordinariat-Kliniken und Arbeitsinstitute für das Fach der Dermatologie und Syphilidologie und Venerologie errichtet werden. 2) Diese Lehrgegenstände seien obligatorische resp. obligate Prüfungsgegenstände. 3) Jeder Arzt, der als Special-Functionär angestellt zu werden wünscht, muss sich darüber amtlich und anerkennungsweise ausweisen, als promovirter Doctor an einer Specialklinik oder Spitalsabtheilung mit Erfolg durch sechs Monate activ gedient zu haben. Und es resultirt aus dem Vorangegangenen 4) dass nur derart tüchtigst durchgebildete Aerzte im Stande sein werden, den Administratoren und Executivorganen die richtigen Handhaben und Ziele zu weisen behufs Einschränkung und Bekämpfung der Syphilis und ihrer Folgen; und schliesslich als beste Antwort auf die VI. Frage: 5) Das beste Mitel zur Bekämpfuntg der Syphilis und ihrer Gefahren sind in dem Fache tüchtigst durchgebildete Aerzte.

Nachdem die Conferenz ihre Arbeiten beendet hatte, wurde eine Anzahl von Anträgen berathen und einstimmig angenommen, die den Regierungen vorgelegt werden sollten. Ich führe sie hier an.

1) Proposition der Herren Fournier und Lejeune.

Die Conferenz spricht den Wunsch aus, dass die Regierungen alle ihre Machtmittel gebrauchen möchten, um die Prostitution minderjähriger Mädchen zu unterdrücken.

2) Proposition des Herrn Professor Fournier.

Die Conferenz spricht den Wunsch aus, dass aus der gegenwärtigen Versammlung eine „Gesellschaft für sanitäre und moralische Prophylaxe" hervorgehe, mit dem Sitz in Brüssel, die 1) ein alle Vierteljahr erscheinendes Archiv herausgäbe, das Berichte und Arbeiten aufnähme, die für die besagte Gesellschaft von Interesse sind. 2) Congresse veranstaltet.

Die Conferenz beschliesst, dass der nächste Congress 1902 in Brüssel stattfindet. Sie ernennt eine provisorische Commission, die als permanentes Comité bis zum nächsten Congress arbeitet, und bestimmt hierfür das Bureau der Conferenz bestehend aus dem Präsidenten, Staatsminister Lejeune, dem Vicepräsidenten, Unterstaatssecretär im Landwirthschfatsministerium Becq, dem Generalsecretär Privatdocent an der Universität Brüssel Dr. Dubois-Havenith.

Diese permanente Commission soll dem nächsten Congress sowohl Statuten als auch endgiltige Vorschläge für die Organisation der „Gesellschaft" vorlegen. Sie wird von jetzt ab geeignete provisorische Maassnahmen ergreifen, um die nöthigen Mittel und Wege für das gedeihliche Arbeiten der „Gesellschaft" und die Veröffentlichungen des vierteljährlich erscheinenden Archivs zu sichern.

Die Conferenz lässt im Princip einen jährlichen Beitrag zu. Sie beschliesst, dass die Autoren ihre Arbeiten in französischer, englischer oder deutscher Sprache publiciren können, denen sie ein kurzes Resumé beifügen sollen. Die Uebersetzung dieses Resumés in die beiden anderen Sprachen besorgt der Generalsecretär.

III. Proposition der Herren Prof. Fournier, Dr. Pavloff, Dr. Jonathan Hutchinson, Prof. Doutrelepont, Prof. Lesser, Prof. Petersen, Dr. von Stürmer, Prof. Neisser, Prof. Wolff, Prof. Mracek.

Die Conferenz ist der Meinung, dass eine gründliche Kenntniss der Venerologie eines der besten Mittel darstellt, um die Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten wirksam zu bekämpfen; sie empfiehlt aus diesem Grunde den Regierungen auf das dringendste, die Ausbildung in diesem Fache tüchtigst durchgebildeter Aerzte zu sichern. Dies muss geschehen durch Einrichtung vollständiger und obligatorischer Lehrkurse an allen Universitäten. Sie fordert, dass die Examinatoren Specialisten sind.

IV. Proposition des Herrn Dr. C. von Stürmer.

A. Es ist wichtig, die Waisen besser zu beschützen. Zu diesem Zweck soll bei der Wahl des Vormundes nicht allein das Vorurtheil bestimmend sein, die materiellen Interessen der ihm anvertrauten Kinder in sicherer Hut zu wissen, sondern vor allem die Nothwendigkeit, ihre Moralität zu befestigen.

B. Jeder, der mit der Erziehung der Jugend beauftragt ist, muss all seine Sorgfalt der moralischen Entwickelung seiner Zöglinge widmen, er muss sich befleissigen, sie Selbszucht und Achtung vor der Frau zu lehren, mag deren sociale Stellung sein welche sie wolle.

V. Proposition des Herrn Commenge, amendirt von Herrn Prof. Fournier.

Die Conferenz verlangt die ganze Strenge der Gesetze gegen die Zuhälter.

VI. Proposition der British Medical Association, überreicht durch Herrn Dr. Saundby.

Die Conferenz bittet die Regierungen, in jedem Lande eine Commission einzusetzen, deren Aufgabe wäre 1) Die Häufigkeit der Geschlechtskrankheiten in der Civilbevölkerung zu bestimmen, wobei von zeitlichen Schwankungen abzusehen wäre. 2) Sich über die jetzt bestehenden Einrichtungen zur Behandlung der venerischen Affectionen zu unterrichten; ferner über die Ver-

theilung der Hospitäler, die Zahl der in den verschiedenen Orten zur Verfügung stehenden Betten und die wirksamsten Maassregeln für die Behandlung dieser Krankheiten vorzuschlagen. 3) Die verschiedenen Ansichten über die besten Mittel zur Vorbeugung und Einschränkung der venerischen Krankheiten in der Civilbevölkerung zu sammeln und darüber ihre eigenen Folgerungen zu geben.

VII. Proposition des Herrn Prof. Lassar.

Die Regierungen werden gebeten, jede günstige Gelegenheit zu ergreifen, um die öffentliche Aufmerksamkeit und vor allem die der jungen Leute auf die Gefahren zu lenken, welche die Prostitution für die Gesammtheit beider Geschlechter mit sich bringt und auf die traurigen Folgen der Geschlechtskrankheiten.

Therapeutische und klinische Notizen.

— Wohl die ausführlichste Arbeit über das *Urotropin* (Experimentelles und Klinisches über Urotropin, Zeitschr. für Klin. Medicin, Bd. 38) stammt von Prof. Nicolaier in Göttingen, der das Mittel in die Therapie eingeführt und zur Behandlung der bacteriellen Erkrankungen der Harnwege und der harnsauren Diathese empfohlen hat. Das Urotropin hat sich als ein so brauchbares Mittel erwiesen, dass es sich wohl verlohnen dürfte, an dieser Stelle abermals die Aufmerksamkeit auf dasselbe zu lenken.

In seiner oben citirten Arbeit weist Nicolaier an der Hand zahlreicher Krankengeschichten und Beobachtungen nach, dass das Urotropin ein überaus wirksames Mittel bei den Erkrankungen der Harnwege der verschiedensten Art und der verschiedensten Aetiologie ist und nur bei der rein tuberculösen Affection sich ohne Erfolg zeigt. Es vermag sehr häufig in überraschend kurzer Zeit ohne jede gleichzeitige locale Behandlung die subjectiven und objectiven Symptome dauernd zu beseitigen, und wenn auch in manchen Fällen der anfangs erreichte Erfolg nach Aussetzen des Mittels wieder verschwindet und die Krankheitserscheinungen wiederkehren, so kann doch auch bei ihnen sehr häufig bei genügend langer Darreichung von geeigneten Dosen eine dauernde Heilung herbeigeführt werden. Es erweist sich also auch in diesen Fällen das Urotropin nicht blos als ein palliatives Mittel. Das Urotropin führt ferner nicht nur bei den Affectionen der Harnwege mit ammoniakalischer oder alkalischer Reaction zur Besserung, bezw. Heilung, sondern auch bei denen mit saurer Reaction.

Nach der Ansicht Nicolaier's sollte in jedem Falle von bacterieller Erkrankung der Harnwege, die rein tuberculöse, bei der keine Mischinfection, insbesondere ammoniakalische Harngährung vorhanden ist, ausgenommen, die Darreichung des Urotropins, das ja selbst Jahre lang, in geeigneten Dosen genom-

men, gut vertragen wird, versucht und mit der Medication nicht zu früh aufgehört werden, da die Erfahrung lehrt, dass in manchen Fällen seine Wirkung erst nach einiger Zeit eintritt; andererseits ist es rathsam, auch wenn der Erfolg eingetreten ist, es noch einige Wochen weiter zu geben. Wenn auch der innere Gebrauch des Urotropins allein schon im Stande ist, die Krankheitserscheinungen zum Verschwinden zu bringen, so wird sich doch, wenn es möglich ist, eine gleichzeitige locale Behandlung (Blasenspülung) empfehlen, und für diese Ausspülungen würde sich auch eine wässerige Urotropinlösung eignen. N. machte damit täglich in den Morgenstunden eine Spülung der Blase und zwar mit einem Liter Flüssigkeit. Die Concentration der Lösung betrug an den ersten beiden Tagen 0,25, am dritten Tage 0,5, in den nächsten drei Tagen 1 Procent. Bei den letzten beiden Spülungen wurde jedesmal ca. 40 ccm der Flüssigkeit in der Blase gelassen.

Ferner macht N. aufmerksam auf die prophylactische Anwendung des Urotropins vor und nach instrumentellen Eingriffen im Bereiche der Harnwege, beim Sondiren, bei der Cystoscopie u. s. w., insbesondere aber beim Catheterismus, wenn der Arzt genöthigt sein sollte, ihn dem Patienten selbst zu überlassen, um hier Infectionen zu verhüten.

Was die Anwendung des Mittels bei harnsaurer Diathese anbelangt, so konnte sich N. überzeugen, dass nach Darreichung des Urotropins der Urin bei Körpertemperatur harnsäurelösend wirkte, ohne dass er die saure Reaction einbüsste, dass er jedoch diese Wirkung bald wieder verlor, wenn das Mittel ausgesetzt war und der Harn die Reaction mit Bromwasser nicht mehr gab. Diese Eigenschaft des Urotropins ist besonders wichtig, denn wenn es auch zweifelhaft ist, dass der Harn, der bei Körpertemperatur Harnsäure zu lösen vermag, die schon gebildeten harnsauren Concremente auflösen wird, so wird doch auf diese Weise einer Vergrösserung und einer Neubildung derselben vorgebeugt. Wenn auch in einigen Fällen die Diurese vermehrt war, so kann das Urotropin nicht wohl als Diureticum verwendet werden, da es in einer grossen Reihe von Fällen im Stiche lässt. Was die Dosirung und Art der Darreichung des Urotropins anbelangt, so werden zwar einmalige grössere Gaben (6, sogar 8 g pro die) vom Menschen meist gut vertragen, allein auf Grund seiner eignen Erfahrung räth N. zur Vorsicht, da die Toleranz gegen das Urotropin bei den einzelnen Menschen recht verschieden zu sein scheint. Wenigstens konnte N. bei seinen Patienten öfters die Beobachtung machen, dass, wenn solche Dosen eine Zeit lang gegeben wurden, vielfach von Seiten der Harnblase Reizerscheinungen auftraten. Bei Tagesgaben unter 2 g traten keine unangenehmen Nebenwirkungen ein, selbst wenn das Mittel lange Zeit hindurch gegeben wurde.

Es empfiehlt sich, Erwachsene das angenehm schmeckende Mittel in Einzelngaben von 0,5 g in ¼ Liter Wasser oder koh-

lensaurem Wasser von Zimmertemperatur gelöst, und zwar zunächst Morgens und Abends, später eventuell auch Mittags nehmen zu lassen. Urotropinpastillen zu 0,5 g, die sehr lange haltbar sind, sind im Handel. Erscheint es nothwendig, grössere Tagesdosen als 2 g zu geben, so empfiehlt es sich, das Urotropin mit reichlicheren Mengen Wassers einzuführen.

Auch von Kindern wird, wie Heubner mittheilt und wie N. aus eigner Erfahrung bestätigen kann, das Urotropin recht gut vertragen. Die von Heubner bei seinen therapeutischen Versuchen angewandten Tagesdosen waren bei einem 4jährigen Kinde 1 g und schwankten bei 7—8jährigen Kindern zwischen 0,6—2,0. Heubner räth, Kinder das Mittel in vertheilten Dosen 3—4 mal täglich 0.25—0,4 nehmen zu lassen.

In der Februarnummer haben wir erwähnt, dass Lederer dem Urotropin den Namen Aminoform gegeben hat. Es ist nicht wohl anzunehmen und auch gar nicht zu wünschen, dass letzterer Name die Bezeichnung Urotropin, die sich bei allen Aerzten eingebürgert hat, verdrängen wird. Es ist auch gar kein Grund vorhanden, warum wir bei der Verordnung des Mittels von dem ihm von Nicolaier gegebenen Namen Urotropin (τὸ οὖρον, der Harn, τρέπειν verändern) abgehen und auf einmal Aminoform schreiben sollten, ein Ausdruck, der, wie wir uns durch persönliches Nachfragen überzeugen konnten, den meisten Apothekern fremd ist.

— In Frankreich werden alle *Glycerophosphate* nach der Empfehlung von Robin bei nervösen Depressionszuständen, Reconvalescenz, nach erschöpfenden Krankheiten, überhaupt dort angewendet, wo es sich um eine Hebung des Phosphorgehaltes im Organismus handelt. Ausser dem ursprünglich empfohlenen Glycerophosphate de Chaux werden auch das Kalium-, Natrium-, Lithium- und das Eisensalz dargestellt und therapeutisch verwerthet, und zwar hauptsächlich innerlich zu 0,1—0,3 in wässeriger Lösung, in Pillen und Pastillen, dann auch in subcutaner Injection gegeben.

Rp.	Calc. glycerinophosphor.	0.2 —0.4
	Pulv. Nucum vomic.	0.02—0.03
	Albumin. ovi siccat.	0.1
D. tal. dos. No. X ad caps. amylac.		
S. Bei jeder Mahlzeit 1 Pulver zu nehmen.		

Rp.	Natr. glycerinophosphor.	2.5
	Aq. dest.	25.0
	Aq. naphae	55.0
	Syrup. Cort. Aurant.	20.0
DS. 1 Theelöffel voll 3—4 mal täglich zu nehmen. (Nervöse Erschöpfungszustände.)		

Rp.	Kal. (Natr.) glycerinophosphor.	1.0
	Natr. chlorat.	0.03

Aq. dest. 5.0
DS. Täglich 1 mal 1 Pravazspritze voll zu injiciren.
(Lumbago.)

Rp. Calc. glycerinophosphor. 0.15—0.3
Massae Cacao. 1.0
M. lege art. ut f. pastill.
D. tal. pastill. No. 50.
S. 4 mal täglich 1 Pastille.
(Rachitis, Dentitio difficilis.)

Rp. Ferr. glycerinophosphor.
Extr. Chin. ā 1.5—3.0
Rad. Rhei pulv. 2.5—3.0
M. f. pil. No. 60.
Consp. Cort. Cinnam.
S. 4—6 Pillen täglich bei den Mahlzeiten zu nehmen.
(Neurasthenie.)
(H. Paschkis, Agenda therap., Wien 1899.)

Kleine Mittheilungen.

— Einem Berichte des Sir W. MacCormac, der am 8. Januar aus *Natal* wieder in Capstadt eingetroffen ist, ist zu entnehmen, dass zwei deutsche Militärärzte — Stabsarzt Dr. Schmidt und Stabsarzt Dr. Krumacher — nach Capstadt vom Modderflusse zurückgekehrt sind, wo sie bei dem Sanitätscorps der Gardebrigade Hülfe geleistet hatten. Dieselben waren in der Schlacht bei Magersfontein zugegen und hätten ihre volle Befriedigung und Bewunderung über die Leistungen des Sanitätscorps ausgesprochen. MacCormac hebt hervor, dass diese beiden deutschen Aerzte die einzigen militärärztlichen Vertreter fremder Mächte seien, was um so mehr auffalle, als alle Mächte militärische Vertreter für tactische Zwecke gesandt hätten. Er empfiehlt für künftige Feldzüge die Entsendung militärärztlicher Attachés, da diese alles ärztlich Interssante zu sehen bekämen, was bei den Mitgliedern fremder Ambulanzen nicht der Fall sei. (Münch. Med. W. 1900, No. 7.)

— Nachdem der von Billings begründete „*Index medicus*“ zu erscheinen aufgehört hat, werden von verschiedenen Seiten Versuche gemacht, das für genauere Literaturstudien unentbehrliche Unternehmen fortzusetzen. So erscheint seit vorigem Jahr in Wien ein „Index medicus novus“, der jedoch nicht annähernd die Vollständigkeit aufweist, wie sein Vorbild, was bei einem Jahrespreis von 16 M. nicht Wunder nehmen kann. Und jetzt erhalten wir die Mittheilung, dass von diesem Monat an in Paris ein ähnliches Unternehmen in's Leben treten soll unter dem Titel „Bibliographia medica“. Dasselbe wird

von Marcel Baudouin herausgegeben werden und verspricht vollständiger zu werden, denn es soll in Monatsheften von je 80 Seiten erscheinen und jährlich mindestens 50,000 Literaturnachweise bringen. Der Preis wird 50 Frcs., für das Ausland 60 Frcs. betragen. Bei dieser Gelegenheit soll eines von Dr. Flamm in Paris gemachten Vorschlages Erwähnung gethan werden, der die Schaffung von nationalen Bibliographien anregt. Diese müssten auf Kosten der medicinischen Gesellschaften, der Facultäten und des ganzen ärztlichen Standes der verschiedenen Länder herausgegeben werden. Flamme glaubt, dass nur auf diesem Wege wirkliche Vollständigkeit, die auch dem Billings'schen Index abgegangen sei, erzielt werden könne; er wünscht, dass auf dem internationalen medicinischen Congress in Paris ein gemeinsames Vorgehen zum Zwecke der Schaffung solcher Bibliographien angebahnt werden möge. (Ibidem No. 8.)

— *Hochschulnachrichten.* Berlin. Prof. Goldscheider hat den Ruf nach Greifswald abgelehnt; Geheimrath v. Pettenkofer wurde zum stimmberechtigten Ritter des Ordens pour le mérite für Wissenschaften und Künste ernannt.

München. Die medicinische Facultät hat Seiner Excellenz Frhrn. v. Feilitzsch, Staatsminister des Innern, die Würde eines Doctor medicinae honoris causa verliehen.

Würzburg. Professor Julius v. Michel hat den an ihn ergangenen Ruf an die Universität Berlin angenommen und wird bereits am 1. April nach der Reichshauptstadt übersiedeln, um als Nachfolger des in den Ruhestand tretenden Professor Schweigger die ordentliche Professur für Augenheilkunde und die Leitung der Universitäts-Augenklinik zu übernehmen.

Greifswald. Der ordentl. Professor und Director der medicinischen Poliklinik in Marburg, Prof. Dr. Krehl, hat einen Ruf als Director der hiesigen medicinischen Klinik erhalten und angenommen.

— Am 23. Februar starb in Köln der Geheime Sanitätsrath Professor Dr. Otto Leichtenstern infolge einer Pneumonie des l. Unterlappens. Sein Tod bedeutet einen äusserst schweren Verlust für die medicinische Wissenschaft.

— Berichtigung. Auf Seite 117 der Februarnummer, 13. Zeile von oben, soll es statt „Kunststücke" „Kunstwerke" heissen.

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen u. s. w., sind zu richten an: Medical Monthly Publishing Co., 36 Beekman Street, New York. Manuscripte und Anfragen bezüglich des Inhalts an den Redakteur, Dr. A. Ripperger, 126 Ost 122. Str., N. Y. City.

Ueber das Recht, Mineralwasser zu fabriciren.

Die Appellations-Abtheilung der „United States Circuit Court" hat mit Zugrundelegung einer vom Richter Shipman verfassten Begründung das in der Second Circuit Court für den Süddistrikt von New York in dem Falle „La République Française contra Carl H. Schultz" gefällte Urtheil bestätigt. Die französische Republik hatte als Eigenthümerin der Mineralquellen von Vichy einen Einhaltsbefehl gegen Carl H. Schultz verlangt, um ihn an der Fabrikation von Vichy-Wasser zu hindern. Der Einhaltsbefehl wurde von Richter Wallace nicht gewährt, und die Kläger appellirten an das höhere Gericht mit Eingangs erwähntem Erfolg. Unter anderen enthielt das Elaborat des Richters Wallace folgende interessante Punkte:

„Natürliche Heilwasser verlieren mehr oder weniger ihre ursprüngliche Kraft, wenn von der Mutter-Quelle entfernt, während künstliche Wasser, die unter dem Druck von Kohlensäure erzeugt werden, in allen ihren Bestandtheilen intact bleiben."

Und ferner, „Carl H. Schultz's Producte erlangten einen hohen Ruf wegen ihrer absoluten Reinheit, wurden von Aerzten in ausgiebiger Weise verschrieben und werden von vielen Aerzten für therapeutische Zwecke den natürlichen Heilwassern vorgezogen."

Und endlich: „Carl H. Schultz's künstliche Wasser haben substanziell die Ingredienzien und Eigenschaften der Naturwasser und sind reiner als die von seinen Concurrenten erzeugte." — (Evening Post.)

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York

und der Stadt Cleveland, O.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XII. New York, April 1900. No. 4

ORIGINALARBEITEN.

Einige Erfahrungen und Mittheilungen über Elektrotherapie in der Gynäkologie mit specieller Bezugnahme auf Fibroma uteri.*)

Von Dr. Franz Koempel.

Herr Präsident! Meine Herren!

Was ich Ihnen in kurzen Zügen hier vorzutragen mir erlaube, ist nicht das Resultat langwieriger und sorgfältiger Untersuchungen oder besonders veranstalteter Experimente, sondern es ist die Darstellung einiger Erfolge aus der Praxis berechnet für den Practiker, und der einzige Zweck dieser Worte soll sein, Anhänger zu gewinnen und Interesse zu erregen, auf dem Wege fortzuschreiten, den Apostoli wohl zuerst beschritten hat und den auch ich, wie ich von Vornherein gestehe, gewissermaassen vom Zufalle dazu aufgefordert, betreten und wie Sie sehen werden, auch mit nicht zu leugnendem Erfolge betreten habe. Ich mache nicht den Anspruch etwas besonderes gefunden zu haben, doch halte ich es für meine Pflicht, dem weitverbreiteten Skepticismus entgegenzutreten, der in Bezug auf die galvanische Behandlung einiger Uterinleiden, speciell der Fibromata, Platz gegriffen hat, nachdem schon vor Jahren der Enthusiasmus über die Erfolge Apostoli's und seiner Jünger verraucht war, ja oft sogar scharfer und bitterer Critik hat weichen müssen.

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York am 2. April 1900.

Erlauben Sie nun, meine Herren, dass ich Sie sofort in medias res einführe, das heisst, Ihnen erzähle, auf welche Weise ich, wie oben angedeutet, gewissermaassen durch Zufall und ganz unabhängig von dem Studium ähnlicher Fälle und Erfahrungen auf den Weg der Electrotherapie gewiesen wurde.

Als ich vor etwa zwei Jahren eine Assistentenstelle bei Herrn Dr. Lange aufgab, um in die allgemeine Praxis überzutreten, kam zufälliger Weise ein 50jähriger Herr unter meine Beobachtung und Behandlung mit einer seit etwa 25 Jahren bestehenden Urethralstrictur, welche schon von verschiedener Seite resultatlos behandelt worden war. Auch ich bemühte mich einige Zeit vergebens, mit Bougierung etwas zu erreichen. Da mir nun ein Artikel des Herrn Dr. Newman über seine Resultate der electrolytischen Behandlung der Harnröhrenstricturen im Vergleiche mit anderen Methoden in Erinnerung kam (New Yorker Medicinische Monatsschrift, Vol. IX, No. 8 und No. 9), so studirte ich denselben sorgfältig durch, kaufte mir einige der in diesem Artikel angegebenen Sonden und fing sofort an, im Beginn etwas skeptisch betreffs etwaigen Erfolges, diesen Herrn zu galvanisiren. Und siehe, der Erfolg blieb nicht aus. Wo ich vorher mit meinen dünnen Stahlbougies und meiner Haarsonde stecken blieb, kam ich jetzt langsam aber sicher vorwärts, und der Patient, dessen letztes Drittel der Harnröhre effectiv nur ein engtunnelirtes Narbengewebe gewesen war, erfreute sich bald nach Beginn der Behandlung eines verhältnissmässig gesunden Urinstrahls. — (In Anbetracht dieser Thatsache nehme ich die Gelegenheit wahr, Herrn Dr. Newman für jenen Artikel, durch welchen veranlasst ich seither eine Reihe ähnlicher Erfolge zu erzielen vermochte, an dieser Stelle meinen persönlichen Dank abzustatten.)

Mit diesem ersten Erfolg hatte ich die electrolytische Kraft des galvanischen Stromes kennen und schätzen gelernt, und diese Kenntniss kam mir bald weiterhin zu Nutzen. Es stellten sich im Laufe der nächsten Monate Fälle von Dysmenorrhoe ein, die theilweise auf Stricturen des Cervicalkanals, theilweise auf Lageveränderungen des Uterus beruhten, und wo ich früher vielleicht gewaltsam dilatirt hätte, führte ich jetzt im Vertrauen auf die oben bei dem männlichen Patienten gemachten Erfahrungen über die dilatirende und relaxirende Kraft des electronegativen Poles meine galvanische Sonde ein und hatte stets die Freude, den Cervicalcanal sanft und schmerzlos erweitern zu können. Ich konnte daraufhin Lageveränderungen des Uterus leichter corri-

giren, und alle Patienten ohne Ausnahme erklärten, dass die Menstruation leichter und schmerzloser sei. Auch auf der catarrhalisch erkrankten Schleimhaut des Cervix und des Uteruskörpers sah ich in den meisten Fällen eine gute Wirkung sich zeigen; ja eine seit 6 Jahren verheirathete Dame, welche ich wegen Cervical-Catarrh und Menstruationsbeschwerden unter Behandlung bekam, und welche bisher eben so sehnlich, als vergeblich auf eine Schwangerschaft gewartet hatte, kam bald nach Ablauf der Behandlung (welche Dilatation des Cervicalcanals mittels der electronegativen Sonde einschloss) in den so lange erwünschten Zustand. Hierin einen blossen Zufall zu erblicken, dürfte doch etwas zu pessimistisch gedacht sein. — Doch, meine Herren, lassen Sie mich übergehen zu den markanteren und wichtigeren Erfolgen, welche ich mittels des Galvanismus erzielte, und ich glaube nicht besser handeln zu können, als wenn ich im Anfange die Krankengeschichte der vorzustellenden und einiger anderer beobachteter Fälle Ihnen erzähle, und daran knüpfend die Art und Weise, wie ich den Galvanismus gebraucht und welcher Art die benutzten Instrumente waren, Ihnen klarlege:

1. Fall: Mrs. H., 51 Jahre alt; Menses begannen mit 15 Jahren, verliefen ohne Schmerzen und regelmässig. Mit 20 Jahren machte Patientin eine normale Entbindung durch und fühlte sehr gesund bis zum 27. Jahre, wo sie an Metritis, wie sie angiebt, erfolgreich behandelt wurde. Seit dem 30. Jahre Magenbeschwerden, welche zeitweilig verschwanden, aber immer wiederkehrten; 16 Jahre zurück trug Patientin auf Verordnung eines Arztes ein Pessar für kurze Zeit, die Periode war aber regelmässig und ohne Schmerzen.

Am 22. December 1896 erkrankte Patientin, nachdem sie an einem kalten und stürmischen Tage, wie sie angiebt, bei einem Ausgang sich eine Erkältung zugezogen hatte, plötzlich fieberisch. Der behandelnde Arzt, der zufällig mein Bruder war, consultirte am 4. Januar ('97) mit Herrn Dr. L a n g e, und die Folge war, dass Patientin noch am selben Tage in des letzteren Privatklinik gebracht und am nächsten Tage operirt wurde. Es handelte sich damals aller Wahrscheinlichkeit nach um einen geplatzten Pyosalpinx, doch da der Zustand der Patientin ein ziemlich precärer war, musste man sich darauf beschränken, den Douglas zu eröffnen und durchzuwaschen. Herr Dr. L a n g e hatte während des sechswöchentlichen Aufenthaltes der Patientin in der Klinik den Gedanken ausgesprochen, dass man in diesem

Falle wohl zur S c h u c h a r d t'schen Operation schreiten müsse, aber die Kranke machte sich vortrefflich und wollte von einer Totalhysterectomie nichts wissen, so dass sie mit einer kleinen granulirenden Wunde im hinteren Vaginalgewölbe nach Hause entlassen wurde, wo ich noch für einige Zeit bis zur vollständigen Heilung die Nachbehandlung übernahm. Der Uterus war aber damals schon als leicht vergrössert nachzuweisen. (Das war Anfang März 1897.) Anfang Mai 1898, also 14 Monate später, stellte sich bei der Patientin, wie sie angiebt, ein Gefühl von Druck und Vollsein im Unterleib ein, die Periode wurde unregelmässig und mit starkem Blutverlust verbunden, der Darm war zur Constipation geneigt und solch' heftige Rückenschmerzen traten auf, dass Patientin nur ganz kurze Strecken gehen konnte. Diese Symptome in der höchsten Exarcerbation veranlassten Patientin mich am 11. October 1898 zu sich zu rufen. Mein Verdacht, den ich bei Einholung der Anamnese hatte, dass sich wohl ein Tumor entwickelt habe, fand sich durch die Examination vollauf bestätigt. In den 1½ Jahren, in denen ich Patientin nicht gesehen hatte, war ein gut kindskopfgrosses, knolliges Fibroid zur Entwickelung gelangt, welches an der l. Abdominalhälfte bis über den Nabel reichte, das kleine Becken nahezu ausfüllte, und an seinen Prominenzen sehr schmerzhaft war. Ich erleichterte Blutung und Schmerz durch Ergot und Opiate für die nächsten paar Tage und sagte Patientin, dass unter diesen Umständen eine Operation im Laufe der Zeit wohl zur Nothwendigkeit werden würde. Ich hörte dieselbe Frage von ihr, die Sie, meine Herren, unter ähnlichen Umständen wohl schon oft gehört haben: „Können Sie denn sonst nichts für mich thun, Herr Doctor, und giebt es denn gar nichts, dass ich einer Operation entgehen könnte." Nun, ich schlug Patientin vor, einen Versuch mit Electricität zu machen, ersuchte sie aber, sich vorher von Herrn Dr. L a n g e, der sie doch früher operirt habe, untersuchen zu lassen. Empfehle Herr Dr. L a n g e dringend die Operation, so solle sie sich operiren lassen, womit Patientin auch vollständig einverstanden war. Am 20. October wurde sie von Herrn Dr. L a n g e untersucht, und meine Diagnose bestätigt. Ich war bei dieser Examination nicht anwesend, da ich anderweitig abgerufen war, und als ich mit meinem früheren Chef über den Fall conferirte, stimmte er mir bei, einen Versuch mit Electrotherapie zu machen. Den Principien und dem Ideengang meines ersten electrolytischen Erfolges (Urethralstrictur) folgend, begann ich denn die Behand-

lung am 31. October. Patientin liess jeden Abend die nöthigen Instrumente aus meiner Wohnung (Office) abholen, da sie sich zu elend fühlte, selbst zu mir zu kommen, und ich kam die erste Zeit, manchmal schon ziemlich spät, in das Haus zur systematischen Behandlung. Schon nach 4 Wochen zeigte sich Besserung der Symptome, so dass Patientin bald nur jeden anderen, dann jeden dritten Tag in meiner Sprechstunde vorsprach. Die Schmerzen hörten vollständig auf, die Menstruation wurde regelmässig, Patientin bekam Appetit und Kräfte wieder und langsam, aber sicher verkleinerte sich der Tumor, so dass Pat. bald nur wöchentlich und zweiwöchentlich zu mir kam. Eines Tages, im Anfang Mai 1899, als ich Patientin seit 3 Wochen nicht gesehen hatte, und sie in meiner Office zur Behandlung erschien, war zu meiner eigenen Ueberraschung der Tumor absolut verschwunden und vollständig normale Verhältnisse hergestellt. Seitdem befindet sich Patientin wohl und kräftig und ohne alle Beschwerden. Auch die Menstruation kehrte pünktlich alle 4 Wochen wieder in normaler Form. Bei der letzten, vor einigen Tagen nochmals stattgehabten Untersuchung konnte ich die vollständige Rückkehr zur Norm nochmals bestätigen, doch zeigen sich jetzt die ersten Zeichen der Menopause.

2. Fall: Mrs. R., 37 Jahre alt. Erste Menses mit 18 Jahren, von Beginn an mit Schmerzen verbunden. Hauptbeschwerden: Kopfschmerz, Schmerzen im Leib, die nach unten drängten, vor allem aber Blasenbeschwerden in häufigem Harndrang und Brennen bestehend. Menstruelle Blutungen damals mässig, 4—5 Tage andauernd, und regelmässig. Verheirathung mit 20 Jahren. Erste und einzige Entbindung mit 21 Jahren unter vielen Schwierigkeiten und mit starkem Blutverlust verbunden. Auch die Schwangerschaftszeit war eine Leidenszeit, speciell in Bezug auf die gesteigerten Blasenbeschwerden. Manchmal will Patientin sogar blutigen Urin entleert haben. Nach der Entbindung trat Besserung für etwa ein Jahr ein, die Periode war regelmässig aber nun 8—9 Tage dauernd unter starken Schmerzen und reichlichem Blutverlust, so dass Patientin im Gefühl ihrer Schwäche und Anaemie während dieser Tage meistens das Bett hütete. Der Stuhlgang war absolut unregelmässig, Kopfschmerzen zeitweise unerträglich, durch nichts gelindert. Die Blasenbeschwerden, der Druck und die Schmerzen im Leib, und die dadurch entstandene Unmöglichkeit sich des Daseins zu freuen, machten Patientin schlaflos und melancholisch. Ihre

ausgeprägte „pudentia" überwindend, consultirte die Frau etwa Anfang Januar 1899 einen Arzt, und zwar war es, wie ich später im Verlauf meiner Behandlung erfuhr, Herr Dr. Victor Meltzer, welcher denn auch der Patientin nach der Untersuchung sagte, sie habe ein Gewächs im Leibe, welches man wohl durch Operation entfernen müsse; Patientin möge in etwa 2 Monaten wieder kommen zu einer nochmaligen Untersuchung. Am 4. Februar 1899 wurde mir nun Patientin von einer Dame meiner Clientel gebracht, unter dem Vorgeben, sie sei blasenleidend. Bei der bimanuellen Untersuchung stellte ich ein der Hinterwand des Uterus aufsitzendes Fibroma fest, von der Stärke einer grossen Orange, welches die Kreuzbeinwölbung nahezu ausfüllte und den Cervix uteri vollständig an die Symphysis pubis anpresste, so dass der letztere bei der nachfolgenden Speculumuntersuchung gar nicht einzustellen und eine Sondenuntersuchung nur unter Leitung des touchirenden Fingers ermöglicht war. Ich erklärte Patientin ihren Zustand und machte ihr den Vorschlag „Galvanismus" zu versuchen, indem ich ihr aber von vornherein sagte, dass es nur ein Versuch ohne endgültiges Versprechen meinerseits auf absolute Cur sei. Patientin erklärte sich einverstanden und begann sofort die Behandlung nach einigen Tagen. Schon in den ersten Wochen zeigte sich so viel Erfolg, dass man von einer symptomatischen Kur sprechen konnte. Aber der innige Wunsch und die Hoffnung auf vollständige Heilung beseelte die Frau so stark, dass sie für 6 Monate bei jeder Witterung jeden anderen Tag eine Entfernung von etlichen Meilen zur Behandlung in meine Abendsprechstunde kam, und diese bewundernswerthe Ausdauer belohnte sich eben so glänzend wie sie war. Vom 6. Monat der Behandlung ab war rasche Verkleinerung zu constatiren und im 8. Monat der Behandlung, die zeitweise für längere Zeit durch eine schwere Erkrankung des Gatten der Frau unterbrochen wurde, war vollständige Absorption des Tumors und Rückkehr in vollständig normale Verhältnisse eingetreten. Wie Sie, meine Herren, Patientin jetzt hier sehen, ist sie frei von allen ihren früheren Beschwerden.

3. Fall: Mrs. St., 41 Jahre alt. Mit dem 13. Lebensjahre erste Menstruation, welche bis zur Verheirathung im 21. Lebensjahr regelmässig und schmerzlos war. Mit dem 22. Lebensjahre Entbindung, welche normal verlief, doch hatte Patientin später häufig Schmerzen in der linken Darmbeingrube. Mit 31 Jahren hatte Patientin einen Abortus unter starker Blutung und giebt an,

seit dieser Zeit häufig an Blasenspasmus gelitten zu haben. Doch kehrten die Menses regelmässig wieder und Patientin erholte sich auch körperlich vollständig, als vor etwa 1½ Jahren die Schmerzen und beständigen Blutungen wieder auftraten und die Periode ganz unregelmässig wurde. Diese Symptome im Verein mit Stuhlverstopfung, Blasenspasmus, tiefe Anaemie etc. und die daraus resultirende Unmöglichkeit, den täglichen Pflichten nachzugehen, veranlassten Patientin den Arzt zu consultiren; dieser war zufällig mein Bruder. Er machte den Vorschlag der Auskratzung und ich wurde zur Hülfeleistung ersucht. Ich untersuchte Patientin und fand einen gleichmässig vergrösserten, harten Uterus von der Grösse eines Kindskopfes. Die Blasenbeschwerden der Patientin waren fast unerträglich, und die Blutungen hatten seit Wochen nur hier und da einen leichten Nachlass gezeigt. Da ich die soeben erwähnten guten Erfolge aufzuweisen hatte, machte ich den Vorschlag, Patientin einstweilen zu tamponiren und Electricität zu versuchen, sobald sie sich etwas erholt habe. Das geschah auch und die Frau unterzog sich seit September vorigen Jahres im Anfange regelmässig, seit Neujahr in grösseren zeitlichen Zwischenräumen der Behandlung mit dem Erfolge, dass die Menses regelmässig kamen, nicht mehr so lange dauerten, dass der Blutverlust nur ein leichter wurde und vor allem, dass das Allgemeinbefinden ein so erfreuliches wurde, dass Patientin wieder im Stande ist ihren Haushaltungspflichten nachzukommen und sich subjectiv sehr wohl fühlt. Bei der objectiven Untersuchung zeigt sich der Tumor bedeutend verkleinert und nicht mehr so schmerzhaft wie früher. Blasenbeschwerden kennt Patientin nicht mehr seit der Behandlung. Ich hege keinen Zweifel, dass in absehbar kurzer Zeit vollständige Absorption des Tumors eintreten wird.

Ausser diesen drei vorgestellten Fällen, meine Herren, möchte ich Ihnen noch über eine Reihe von anderen Fällen berichten, die theilweise noch jetzt unter Behandlung sind.

Der erste betrifft eine 35jährige unverheirathete Patientin, welche nach der etwa 10. Sitzung aus der Behandlung verschwand und bald darauf, wie ich hörte, von Herrn Dr. F o e r s t e r operirt wurde. Ein zweiter betrifft eine 47jährige Dame, die seit 1893 ein mächtiges Fibroma uteri hatte, welches damals 2½ Jahre im „Womens Hospital" electrisch behandelt wurde, aber ohne nachweisbaren Erfolg. Als ich im vorigen Sommer eines Tages zu ihr gerufen wurde, hatte sie unerträgliche Schmer-

zen und menstruelle Blutung, die nicht enden zu wollen schien. Auf Ergotol und Eisblase stellte sich Besserung ein, so dass Patientin eine Woche später in meine Office vorsprechen konnte. Der Leibesumfang über den Nabel gemessen betrug zu dieser Zeit 42 Zoll. Sie wurde etwa 40 Mal galvanisirt, verlor ihre Beschwerden zum allergrössten Theil, menstruirte regelmässig und fühlte sich so gut, dass sie mit mir vereinbarte, die Behandlung aufzugeben bis eventuell wieder Beschwerden auftauchen würden. Der Leibesumfang über den Nabel am Ende des vorigen Jahres und zur Controlle auch wieder 10 Tage zurück gemessen, betrug damals und jetzt 35½ Zoll über der Nabelhöhle, also eine Reduction von 6½ Zoll. Patientin befindet sich vortrefflich.

Bei einem weiteren Fall handelt es sich um eine 21jährige Virgo, die wegen heftiger Blasenbeschwerden von ihrer Mutter zu mir gebracht wurde. Dieselben waren verursacht durch ein hartes, wies es schien, breit gestieltes Fibrom an der Hinterwand des Uterus, wodurch der letztere vollständig an die Symphyse gepresst wurde. Patientin hat die Blasenbeschwerden vollständig verloren, menstruirt leichter und kürzer und leidet nur noch zeitweilig an Kopfschmerzen, welche früher viel intensiver waren. Der Tumor ist etwas, doch nur weniges verkleinert, aber die Patientin will die Behandlung trotz nahezu vollständiger symptomatischer Cur nicht aufgeben.

Ein letzter Fall betrifft eine 34jährige Virgo, welche im Juli 1899 zu mir kam mit den verschiedenartigsten Beschwerden, so dass sie, wie sie angab, des Lebens satt war. Bei der inneren Untersuchung stellte ich ein grosses, unregelmässig geformtes Fibroma uteri fest, dass sich besonders nach der R-Seite hin ausgedehnt hatte. Ich rieth Patientin wegen ihrer starken Fettleibigkeit und bestehenden Anaemie von Laparatomie ab und sie unterzog sich galvanischer Behandlung. Doch nach 4 Wochen war sie wieder verschwunden, um am 3. November wieder bei mir aufzutauchen und mir zu beichten, dass sie Tags vorher zu Herrn Dr. M u n d é gegangen sei, welcher dieselbe Diagnose und Indicationsstellung gemacht habe, wie ich. Auch Herr Dr. M u n d é sei für einen Versuch mit galvanischer Behandlung gewesen, jedoch mit vorherigem Curettement. Ich curettirte Patientin, und sie ist seit Ende December 1899 unter electrischer Behandlung mit so gutem Erfolg, dass sie mir häufig sagt, "I never felt better in my life." Objectiv ist auch hier eine fortschreitende Verkleinerung des Tumors zu erkennen.

Meine Herren! Werfen wir einen kritischen Blick auf die Reihe dieser in einem Zeitraume von 18 Monaten beobachteten Fälle, so werden Sie zugeben müssen, dass ein eigentlich negatives Ergebniss in keinem einzigen Falle zu verzeichnen war. Wir müssen natürlich ganz absehen von der einen Patientin, welche aus der kaum begonnenen Behandlung verschwand, um operirt zu werden. Es ist mir deshalb ganz besonders auffallend, dass College Dr. Grandin, wenn er in einem Vortrag vor der "American Gynecological Society" absolute Stellungnahme für Curette und Messer nimmt, betont, dass er in einer Reihe von 50 galvanisch behandelten Fällen von Fibroma uteri niemals den Tumor verschwinden sah, ausser wo die Menopause einsetzte, und wenn in derselben Sitzung Herr Dr. Garrigues nur über einen als besonders markant bezeichneten Fall berichtet, wo eine Patientin mit einem orangengrossen Fibroma uteri nach neunmonatlicher Behandlung (38 Applicationen) eine vollständige Restitutio ad integrum einging. Weshalb Dr. Grandin mit seiner Anwendung der Apostoli'schen Methode solche verhältnissmässig entmuthigende Erfahrungen machte, die sich mit den meinigen in den Ihnen hier vorgeführten Fällen gar nicht decken, fühle ich mich nicht veranlasst zu ergründen; möglich wäre es, dass die wenigen kleinen Unterschiede, die bestehen zwischen der Methode des französischen Gelehrten und derjenigen, welche ich anwandte, eine gewisse Rolle spielen. Jedenfalls ist sicher, dass noch andere Leute wie ich dieselben vielversprechenden und glänzenden Erfahrungen gemacht haben; so erklärt Smith von Montreal, dass er etwa 60 lebende Frauen kenne, die, eine angerathene Operation refusirend, später mittels des galvanischen Stromes geheilt wurden.

Nun, meine Herren, soll es mir noch eine angenehme Pflicht sein, in Kürze über das Instrumentarium, mit welchem ich gearbeitet und die Art und Weise, wie ich es gebraucht habe, zu berichten. Es hat alle diejenigen Vorzüge, welche es jedem einzelnen von Ihnen, der sich für diese Behandlung interessirt, möglich macht, weitere günstige Erfahrungen auf diesem Gebiete zu sammeln, das heisst, es ist nicht zu theuer und leicht und practisch zu handhaben. Als Apparat benutze ich eine einfache galvanische Batterie (die meinige ist aus der Werkstatt von Vetter und besteht aus 24 hintereinander geschalteten Trockenzellen), welche mit Rheostat und Milliampèremeter versehen ist, ferner eine ziemlich grosse Metallplatte und die Sonden,

wie Sie eine hier sehen. Die letzteren bestehen aus einem tunnelirten, nichtleitenden Theil aus Hartgummi, durch welchen hindurch die Connection zwischen Batterie und dem aus Aluminium bestehenden, infolge dessen leicht biegsamen, Ansatzstück hergestellt wird, welch' letzteres für den Uterinkanal bestimmt ist. Electropunctur habe ich niemals gebraucht, halte dieselbe für gefährlich, und da ich auf einfachere Weise Erfolge erreichen kann, für überflüssig. A p o s t o l i und seine Schüler haben meines Wissens als Uterinsonden solche mit Metallknöpfen verwendet. Der biegsame Aluminiumtheil, den ich in verschiedener Stärke besitze, ist äusserst zweckmässig, da ich ihn biegen und strecken kann, wie ich es dem jeweiligen Bau des Cervicalcanals gemäss für nöthig halte. Wie Sie also sehen, lässt der ganze Apparatus an Einfachheit und Billigkeit nichts zu wünschen übrig.

Nun zur Anwendung: Ich nehme an, dass Sie durch vorherige Untersuchung der Patientin über das Lumen und die Richtung des Uterincanals unterrichtet sind, und darnach wählen Sie auch Stärke und Krümmung des Aluminiumersatzstückes. Nachdem alles vollständig vorbereitet ist, nimmt die Patientin die Rückenlage auf dem Operationsstuhl ein; auf dem gerade so weit als nöthig entblössten Abdomen wird die mit einem feuchten warmem Handtuch umhüllte Metallplatte als p o s i t i v e Electrode wo möglich direct über der Höhe der Geschwulst gleichmässig angepresst. Ich empfehle eine ziemlich grosse Platte, um eine möglichst ausgedehnte Diffusion zu haben. Sodann wird der Cervix, wenn möglich, mittels des Speculums eingestellt, die Vagina möglichst gut gereinigt und desinficirt und der desinficirte n e g a t i v e Pol in Form der Sonde in die Uterushöhle eingeschoben. Sodann wird der Strom langsam bis zu der Intensität angedreht, wie ihn Patientin gut vertragen kann. Ich ging nie höher als 45—50 Milliampères; ja manche Patientinnen vertragen nur 15—20 Milliampères. Gewöhnlich lasse ich den Strom 10 Minuten wirken, doch ist das sehr von dem jeweiligen Zustand der Patientin abhängig. Dieselbe sollte niemals Schmerzen erleiden und sobald sich Unruhe oder Nervosität einstellt, drehe ich den Strom ebenso langsam wieder ab, wie ich ihn andrehte, entferne die Instrumente, reinige das Os uteri von dem am negativen Pol entstehenden blasig-schleimigen Secret, und entlasse Patientin.

Meine Herren, niemals habe ich hierbei eine wirklich unan-

genehme Neben- oder Nachwirkung gesehen, niemals bedeutende Nachschmerzen oder gar eine Infection erlebt, was doch sicher auch für die Anwendung der Methode spricht. Ich glaube sicher, dass eine Stromstärke von 100—200 und mehr M. A. —, wie sie bisher häufig angewandt wurde, für die Patientinnen (speciell ohne Narcose) keine angenehme Sache ist, und halte diese Stärken für überflüssig, vielleicht sogar für das Allgemeinbefinden der Patienten für schädlich; man kann, wie Sie sehen, mit der geringeren Anzahl M. A. Erfolge ohne Nachtheile und Schmerzen erzielen.

Doch, meine Herren, so ausführlich ich mich noch verbreiten möchte, so ist die Zeit, die mir gegönnt ist, doch eine beschränkte, und ich erlaube mir nur noch einen warmen Appell an Sie zu richten, bei den unter Ihre Beobachtung kommenden Fällen einen Versuch mit der soeben geschilderten Behandlung zu machen. Ich sage nicht, dass wir die Myotomie werden entbehren können, es werden sich sicherlich manchmal soziale und andere Verhältnisse geltend machen, welche sie zur Nothwendigkeit stempeln, aber wir können sicherlich die Zahl der Frauen verringern, die sich sonst der Operation unterwerfen müssten, einen schweren und doch sicherlich nicht gleichgültigen Eingriff ihnen ersparen, und wenn auch nicht immer die Absorption gelingen sollte, so können wir doch symptomatische Curen und damit Glück und Lebensfreudigkeit wieder schaffen. D i e s e Frauen, sie hat das aufrichtige Gefühl der Dankbarkeit hierher gebracht, dass sie ihre Genesung ohne die Gefahr einer eingreifenden Operation wieder fanden, um Zeugniss abzulegen gegen den vorherrschenden Skepticismus und für die Wahrheit des Erfolges, und wenn Sie, meine Herren, Ihren Patienten das Vertrauen auf die Methode beizubringen vermögen und Sie beide die nöthige Geduld entwickeln werden, so wird Ihnen sicher wie mir der Erfolg auch das Werk krönen.

133 E. 57. Str.

The Connection of the Female Generative Organs and Laryngeal Affections.

By Seymour Oppenheimer, M.D., New York City.

Laryngologist to Bellevue Hospital, Laryngologist to University Medical College Dispensary, Senior Assistant to the Chair of Laryngology, University Medical College.

The knowledge that some connection existed between the sexual apparatus and the vocal organs in males was known in remote antiquity among the Orientals, from the change observed in the character of the voice of the then familiar household servant, the eunuch. As the human mind progressed through various ages until the desire for music had become a prominent feature of Eastern life, attention was revivid in the harmonious voice of the young eunuch, and the practice of castration in preparing boys for the church was made the means of livelihood. Even until modern times the Italian castrated boy-sopranos were of world-wide fame. F. V. Stein has described a large and prosperous sect in Russia, known as Skopzi, which required castration of all its male members. After this sect had existed for some time as a secret society, attention was called to it by the change in the voice of its members.

In the lower animals the influence exerted by the sexual organs over the laryngeal mechanism is well shown by the stag roaring for its mate during the rutting period, but never producing laryngeal sounds at other times; this is also observed in birds making increased vocal efforts during the breeding season. In singing birds the rhythm and flow of song is more beautiful during their sexual periods than at any other period.

In a few observed cases of male singers of mature age, upon whom castration has been performed, or whose generative organs had been destroyed by disease, marked changes were noted, not only of the speaking, but especially of the singing voice. At the age of puberty the larynx grows rapidly and the voice of a boy "breaks" in consequence of the lengthening of the cords, generally falling an entire octave in pitch; a similar change, but much less in degree, takes place at the same period in the female. In many individuals coughing can be excited by stimulation of distant sensory nerves, as those of the uterus, breasts and ovaries.[2] From these observations it can readily be seen that some connec-

tion, be it what it may, exists between the generative organs and the larynx. A strictly scientific explanation of these phenomena both in health and disease is not always available, but that such a relation does exist may be accepted. The extreme delicacy of the laryngeal mechanism concerned in phonation and vocalization renders it reflexly succeptable to slight changes in other portions of the organism, the proper and accurate adjustment of the vocal cords necessary to the singing voice requiring an elaborate and perfect nerve control. There must be perfect innervation of the laryngeal aparatus or its usefulness will be seriously impaired.

Following out this line of reasoning, and studying the nervous mechanism of the vocal organs and then observing the intimate connection of the sympathetic nerves with the female generative organs, the proposition that there is an influence exerted on one by the other will seem to have some degree of scientific accuracy. Anatomically the female larynx differs considerably from that of the male, being only about one-half as long, though very nearly as wide as the male organ; the rima glottidis is also one-third shorter in the female. The natural position of the larynx is on a plane considerably higher in the female: this disparity in shape, size and position accounts for the difference in the register of the voice between the two sexes.

The relation existing between the two organs may be either through the blood vessel connections or by way of the nervous apparatus, the sympathetic and vasomotor nerves principally acting in both instances. Let us take as a hypothetical case a woman with a moderate degree of catarrhal laryngitis of some years' standing; from some cause, not necessary to specify here, uterine congestion occurs; a few hours later there is aphonia. The question naturally arises as to the relation between the two affections, is the aphonia due to the pre-existing laryngitis, or is it dependent upon the uterine congestion? Local treatment of the larynx is without avail, but immediately after the proper treatment directed to the uterus has been applied, the aphonia disappears, to return only when the pelvic organs again depart from the normal. A prejudiced mind only would hesitate in ascribing some relation to cause and effect between the larynx and uterus. In what way or manner is this correlation of sexual and vocal organs brought about? A study of the nervous connection between the two organs will greatly aid in elucidating the problem. The irritation from the diseased uterus is first transmitted through that portion

of the pelvic sympathetic system known as the inferior hypogastric plexus, which is in intimate association with the female pelvic organs. From this plexus we find the reflex action transmitted to the solar plexus; intimately associated with this group of nerve tissue are fibers of the pneumogastric nerve. As the motor fibers of the pneumogastric nerve are derived in great part from the spinal accessory, and these fibers are in direct relation with the larynx through its motor supply, the inferior or recurrent laryngeal, it becomes apparent through what nervous mechanism the uterine irritation is expressed by various laryngeal manifestations.

That this relation of the spinal accessory or recurrent laryngeal motor fibers to the larynx exists, is shown by experimental section of either of these two nerves, with consequent complete loss of voice. Pressure by neighboring morbid growths to the point of complete isolation of these fibers produces the same results. Among the fibers of the sympathetic are found branches going to the esophagus, thyroid gland, and larynx, controlling and regulation the tonus of the blood vessel walls; these are the so-called vasomotor nerves. These fibers are at the upper portion of the great sympathetic system; at its inferior portion we also find special vasomotor fibers supplying the vagina, uterus and ovaries. Stimulation of all these nerve channels causes increased activity of the organs (i. e., uterus and larynx) supplied by them, and at the same time there is produced contraction of the vessel walls resulting in a diminished supply of blood. Section of these nerves is followed by dilatation of the blood vessels with subsequent derangement of the circulation, and ultimately of the nutrition. The morbid nerve-impulse originating from the uterus or ovaries may, therefore, produce changes in the larynx in two ways: either by reflex inhibition of the inferior laryngeal through the vagus and sympathetic, or by irritation of the vasomotor apparatus, with resultant disturbance of the laryngeal blood supply. Probably in the majority of cases both these means are factors in the production not only of the voice alterations, but in the changes seen in the mucous membrane, such as anemia or congestion.

The alterations revealed by the laryngoscope may be those seen in the various forms of catarrhal inflammation incident to this organ, or various paralyses or spasms of the cords. In a number of cases, however, nothing will be revealed on examination, as the following case will show:

Madam C. S., aged 27, a professional singer, soprano, married, became pregnant. She came to my office complaining of complete aphonia. She stated that the loss of voice came on ten weeks after conception and remained ever since. Examination of the nares, fauces, pharynx and larynx revealed nothing, these to all appearances being normal. Three weeks after the birth of her child the voice suddenly returned and is now more beautiful than ever and has continued so since.

Seiler[3], who has given a great deal of attention to this somewhat obscure subject, says that he has observed a peculiar condition of the mucous membrane of the upper air passage, which is neither an anemia nor a congestion and yet is abnormal, and this pathologic condition is found to be invariably caused by morbid changes in the female pelvic organs. So certain and distinct is the evidence of uterine diseases in the upper air passages that the laryngologist can diagnose the presence of uterine trouble merely by the inspection of the pharynx and larynx. To conclusively prove that the diagnosis of uterine disease could be made with the laryngoscope, Dr. S e i l e r, in conjunction with Prof. H o w a r d A. K e l l y, made a series of investigations; the larynx was examined and the diagnosis of uterine disease was made. Without seeing the diagnosis already made, Prof. K e l l y made a vaginal examination of the cases, and in every instance confirmed the views of Dr. S e i l e r. He further says, "By slight differences in the appearance of the mucous membrane and in the position of this pathologic condition of the upper air passages a distinction can even be made between uterine and periuterine disease, and I have found that when the condition referred to is more prominent in the larynx and pharynx, the case is intrauterine." This condition of the larynx, so ably described by S e i l e r, consists in a peculiar bluish-red tint of the mucous membrane, compared to the atmosphere of a clear sunset in the fall of the year. The membrane itself appears relaxed, and here and there over the surface there is enlargement of the follicles, with a "muddy" appearance of the vocal cords, which are also relaxed and apt to flutter during the production of low notes; the secretions are but slightly increased in amount. The subjective symptoms are a slight hacking laryngeal cough, little or no expectoration and a feeling of heat and burning in the throat, and in many cases a feeling of choking coming on at irregular intervals, usually after excessive mental or physical exertion.

The second case illustrating this subject occurred in a girl who came to my office complaining of metrorrhagia and hoarseness. Patient was 18 years of age, and had had numerous severe hemorrhages from the uterus, these hemorrhages being invariably folowed by hoarseness. Examination of the larynx showed extravasation of blood into both vocal cords. The local condition was not treated, but constitutional remedies were given for the anemia present, and after eight weeks the extravasations gradually disappeared and the voice became normal, remaining so until the present time, now a lapse of two years. Patient has not had any hemorrhages during this period, and is now married and pregnant.

During the various changes incident to the female life certain peculiarities appear as affecting the larynx reflexly from the generative organs, both from the ovaries and uterus, but especially from the latter organ. The changes observed in the larynx will be taken up in the folowing order: Larynx at puberty, during adult life, at menstruation, at the menopause and during pregnancy.

Puberty.—At the stage of puberty in the female there is increased growth of the larynx with certain modifications in the voice. The most frequent affection that occurs as a result of the rapid developmental changes in the generative organs is spasm of the glottis[4]. This occurs as one of the protean forms of hysteria, and females at the age of puberty seem especially liable to transient glottic spasms. At this time there also often occurs sudden congestion of the larynx, especially before the appearance of the first menstrual discharge. The excessive flow of blood to the vocal organs is but temporary and is due to the unstable condition of the vasomotor system at this critical period in the life of the young girl. If the larynx is examined it will be seen to be excessively red in color, with the vessels prominent over all parts except the vocal cords, which remain unaffected; the ary-epiglottic folds and interarytenoid space are a deep red color and the epiglottis is similarly affected. This may occur several times during the day and lasts but a few minutes, disappearing as rapidly as it came. If the congestion continues for any length of time, oedema of the glottis will result, often requiring active measures for the relief of dyspnea.

Adult Life.—In the changes seen in the female larynx during adult life are included all the conditions the result of uterine diseases not occurring during any particular epoch, as menstruation, the menopause, etc. Many of these laryngeal affections have been

ascribed to hysteria, but careful study of the case has later developed the genital tract as being active in the production of the laryngeal disorder. During the female adult life many varieties of pelvic disease manifest themselves. In a certain number of these cases the larynx becomes affected in various ways as a result of pelvic disorder.

For the sake of systematic study we may divide the laryngeal affections into two general classes: Those affecting the voice without observable changes in the larynx; and, secondly, definite morbid alterations of the laryngeal structures, readily seen by laryngoscopic examination, which remain unchanged in spite of direct treatment applied to this region, but rapidly disappear on removal of the uterine or ovarian irritation. The greater number are the so-called hysterias affecting the larynx without appreciable lesions. The following case observed by S. Johnson Taylor[5] will illustrate this form of reflex action:

> A female suffered from hysterical aphonia for 13 years; various forms of laryngeal and constitutional treatment were used, but had no effect on the loss of voice. Examination of the larynx gave no evidence of disease. At the expiration of this time an ovarian cyst was diagnosed and removed, and immediately after the operation the voice returned to its normal condition.

The relation of cause and effect is beautifully shown in this case; the protean manifestations of uterine or ovarian irritation usually concern the laryngeal motor apparatus, the sensory nerves not being affected in many instances, although pain referred to the region of the epiglottis, or even to the interior of the larynx, may occur as the result of endometritis and misplacements of the uterus. This latter condition, and especially a bad grade of retroflexion, is, in my experience, quite a common cause of cough. The cough in this instance is irritative, as if a foreign body were present in the larynx, and resembles to a great extent that produced by hypertrophy of the lingual tonsil. It comes on frequently, not in attacks, but is quite constant during the day and disappears at night, and is short and sharp and not productive of expectoration. Examination of the upper respiratory tract, and especially the larynx, will show nothing except in long standing cases, where from the constant expiratory blast a moderate degree of passive congestion has taken place. Replacing the uterus in its proper anatomic position causes an almost miracu-

lous disappearance of the cough, and the laryngeal congestion rapidly subsides.

The paralyses of the intrinsic muscles concerned in vocalization may be so varied and at the same time coincident with spasm of some of the other muscles, that a diagnosis is somewhat difficult. This is especially true when the cause lies in the generative apparatus, as one muscle alone may be affected or an entire group. Adductor paralysis is probably the most common form as seen in hysteria dependent upon disorders incident to the female.

> Morell Mackenzie reports one case, a spinster, aged 37 years, suffering from aphonia of two years' standing. Previous to this she had for some time been treated for the uterine disease; she was very weak, but free from organic disease. On vocalization the cords were approximated properly in the anterior three-fourths of the glottis, but remained widely open in the posterior fourth, leaving a triangular area of separation. Various remedies were tried, both constitutional and anti-hysteric; and endolaryngeal faradism was employed, but no sounds could be elicited. The patient was then anesthetized, but on recovering consciousness the voice did not return. Although this case was under his observation for twelve years, the voice was never restored.

I think it is agreed by the majority of observers that the uterus is more often at fault than its appendages. In singers imperfect voice is seen much more frequently from uterine disease than from ovarian, although of course the ovaries may in some cases of aphonia and irritation of the mucous membrane of the larynx play the all-important part as the etiologic factor. It is quite common in hysteric subjects to find areas of anaesthesia, paraesthesia and especially hyperaesthesia situated over various organs, the ovarian regions being especially the site of these perverted or sensitive areas. In other cases pressure over one or both ovaries may elicit exquisite sensitiveness without pain in other portions of the body; in a few cases pressure in this region will elicit pain elsewhere and, as intimately connected with our subject, the distant area of perverted sensation may be the larynx. Trifelette, of Naples[7], reports a case of hysteric aphonia, in which there was a hysterogenic zone over the left ovarian region. Pressure on this area would invariably produce a lowering of the voice. In the majority of these cases the larynx was normal. Changes in the singing-voice and less rarely in speaking-voice

from disease of the generative apparatus are comparatively frequent, especially in professional singers. This voice alteration occurs usually during menstruation, but it may occur at any time, especially if much strain has been put upon the vocal organs. The nervous mechanism governing the movements of the vocal cords must be in perfect order to produce the best results. A slight disturbance will affect the number of cord-vibrations necessary to produce a given note, and it is often the cause of much astonishment that laryngeal disturbances are not more often produced.

In the second class of cases occuring under this heading are well defined lesions of the laryngeal mucous membrane resulting from the uterine diseases. Congestion is most frequent, varying in degree from a mere fugitive flushing of the mucosa to intense blood stasis, causing the entire interior of the larynx to become deep red, and if continued for any length of time, developing into a subacute or chronic laryngitis. The degree of congestion present in the larynx, as a general rule, bears no relation to the amount of disease present in the uterus. A mild catarrhal endometritis may be the cause of an intense form of laryngeal inflammation, while severe inflammation of the endometrium with stenosis of the cervical canal will be productive of but a slight cough, with possibly little or no congestion or changes of any kind observable in the larynx. Anemia of the larynx may be the principal sign of involvement from uterine changes, especially if a long continued metrorrhagia has existed. Spasm of the glottis or of individual laryngeal muscles may be seen, due to uterine fibroid; the degree of spasm bearing no relation to the size of the uterine growth.

> C. H. Leonard[8] reported the case of a young woman, a professional singer, with anteflexion and narrowing of the uterine canal, with severe endometritis. No changes were observed in the larynx, but there was a loss of purity of her tones and lessening of the range; from being a high mezzo singer she could only sing contralto. After appropriate uterine treatment, with no laryngeal medication whatsoever, she not only recovered the singing-voice, but gained in addition two full notes.

It is difficult to realize at times why the larynx should become affected and yet present no macroscopic changes. That there are some microscopic lesions of the deeper laryngeal tissues or changes in the nerves, seems necessary, to allow of the loss of

phonation or change in the character of the singing-voice. In all these cases there are probably laryngeal changes, which, although not perceptible to the eye, yet render the organ susceptible to the least disturbance of nerve origin elsewhere in the body. In singers, from constant use of the vocal organ and often after its improper use, especially in the actress, when occasion has demanded a change of voice from that usually employed, some bad results must be seen, and chiefly in this class of patients may be seen the effects in the larynx directly caused by some weakness in that organ, already inherent, but remaining latent possibly for a considerable period of time and kindled into a flame by the uterine disease.

The Menstrual Period.—The phenomena presented by the larynx during the menstrual period will to a great extent depend on whether the generative organs are healthy or diseased at the time of the monthly flow. This period seems prolific in producing laryngeal disorders; during the first few menstrual periods a group of laryngeal symptoms is sometimes observed, known as "chorea laryngis" or laryngeal vertigo. There is a momentary spasm of the glottis, preceded by a tickling sensation in the throat, expiration of air is arrested for a moment, then a loud cough relaxes the spasm. This is frequently followed by insensibility for a few moments, but no stupor results. The attacks may come during sleep and are characterized by spasms of the laryngeal muscles, the incoordination of muscular movements produced resulting in a series of peculiar sounds resembling the bark of a dog. A nervous laryngeal cough is sometimes an accompaniment of the menstrual period, being most marked at the beginning and termination of the flow and in the interval practically being held in abeyance. Certain changes in the voice are frequent; in some cases the voice may be husky, resembling the masculine voice and changing from day to day, dependent apparently upon the quantity of the menstrual flow.

Of more importance, and more often seen and but too frequently neglected by the laryngologist, are the changes in the singing-voice during the menses; these alterations are as numerous and varied as there are women affected, each case being a study of itself. The gravity, force and timbre of the voice are defective, and so well known is this effect of menstruation upon the singing-voice, that many prominent vocalists rest their larynx at this time, or if absolutely necessary to sing, will use the vocal

organs as little as possible. If the voice is used by one in whom the uterine congestion affects its quality at the regular monthly periods, we will find on examination of the cords that they are slightly congested, while the interior of the larynx will be redder than normal. Should excessive use be made of the voice at this period in a susceptible female, an acute laryngitis is very apt to result, differing in no way from the ordinary laryngitis except in its etiology and in the violence of the inflammation ameliorating on the cessation of the menses, but leaving a moderate degree of hyperemia and inability to sing for a few days afterwards. From the same cause hemorrhage into the vocal cords may result, as in the case reported by Payet[9] of an opera singer obliged to strain her voice during the menstrual period. There was a submucous hemorrhage of both vocal bands, occurring several times in the same situation and from the same cause. Instead of being confined to the cords, the extravasation of blood may be distributed over various parts of the larynx, constituting a typical hemorrhagic laryngitis.

When the generative organs are the seat of pathological changes, reflex manifestations are occasionally seen in the larynx only at the menstrual period, or if amenorrhea exists, the affection of the upper respiratory tract will become evident at the time during which the flow should have been present. Shop girls, who are compelled to stand for many hours at a time, are often subject to nervous laryngeal cough; invariably associated with this cough is dysmenorrhea and frequently a mild grade of ovarian irritation.

One case seen several years ago, of which the notes are not now available, required the injection of morphia to relieve the intense pain from which the patient suffered; dysmenorrhea was present at every period, and accompanying it was a sharp, nervous cough, disappearing in the interim. As further illustrating this condition may be cited the case seen by De La Sota, of Saville[11]. A young lady, aged 25 years, somewhat hysteric, had suffered for two years from uterine disorders. During treatment for this condition copious menstruation occurred; this was followed by a complete suppression for two months, and the expiration of that time coincident with the menstrual period there was an attack of hemorrhage from the larynx and laryngopharyngeal catarrh.

Various paralyses of the laryngeal muscles may occur during the menstrual flow, being identical in character with those ob-

served as the result of other conditions. As in the majority of cases when the element of hysteria is present, the adductor group of intrinsic muscles are the ones usually involved. Mackenzie cites a case due to amenorrhea. This form of paralysis is very common in dysmenorrhea and other menstrual disorders, especially in single women between the age of 30 and 40 years. Campaiold[12] reports an extremely interesting case of a young girl, 21 years of age. She had not menstruated for a year, but at each period she suffered an acute attack of laryngitis. Previous to this her menses were normal and there were no laryngeal troubles. At the time of observation, in addition to the laryngitis and amenorrhea, there were chlorosis, exophthalmic goiter and tachycardia. In some respects this case calls to mind the so-called vicarious menstruation, in which epistaxis or laryngeal hemorrhage usually takes place at the monthly periods of the menstrual flow, but in a few cases cardiac pains, frontal headache, or laryngitis may be the alternate.

The Climacteria.—During the climacteric period the pelvic organs undergo a transitional stage and are unusually susceptible to pathologic changes. At this time reflex changes are common in various parts of the nervous system, and occasionally the larynx is more particularly the seat of the reflex action. Semon[13] has contributed to medical literature his experiences of the "sensory throat neuroses" seen at this period, and as it contains very valuable suggestions, he will be quoted more or less extensively. In all these cases a neurotic or hysteric element is prominent. The sensations referred to by patients may be of two kinds, either paresthesias or neuralgias, but these sensations differ in each case. Sometimes described as a sensation as if a foreign body was present, or burning, scratching, dryness, soreness, tickling, and in fact nearly all the forms of perverted sensations are described, so that the list may be extended in an indefinite manner. Some of these sensations, such as the dryness, claimed by this author to be due to the "change of life," are very probably the result of pre-existing pharyngeal catarrh of the atrophic form, the sensation of intense dryness in this disease often being referred to the laryngeal region.

The locating of an abnormal throat-sensation is most difficult; it frequently happens in my experience that a foreign body, such as a minute bristle or fishbone, located in one of the crypts of the faucial tonsil will be described by the patient as being in

the larynx, or vice versa. It is the same way with these paresthesias at the menopause, the patient with great difficulty locating the area of perverted sensation.

The neuralgic pains are more frequent in the pharynx, radiating in the ears, and located in a definite area, but more rarely they are complained of as being laryngeal, and then seem to vary in location, constantly shifting from one side to the other or remaining in one part of the larynx for 24 hours and then changing to another part, the protean character being a valuable aid to the diagnosis. The intensity of the laryngeal sensation varies greatly, in the majority of cases being merely a sensation of discomfort, although in a few extremely neurotic individuals intense pain may be complained of. This condition occurs usually in the better class of patients and especially among educated women. General bodily depression may be well marked, and if the pain is long continued and severe, the early signs of melancholia may be observed. These throat-symptoms may precede or accompany the menopause, in some cases being the first and only sign of the impending sexual changes, or, in an equally large number of cases, they will be associated with the other phenomena accompanying the climacteria. The objective symptoms are not in any way characteristic; in this class of cases, when the nervous throat-disorders are the result and part of the change of life, nothing will be seen on laryngeal examination to give any clue to the distress complained of. Of course, in the majority of women who have reached the menopause, throat-changes are very common, an absolutely normal throat being a rarity, so that we will often find some atrophy of the oropharyngeal or laryngopharyngeal tissues or slight enlargement of the lingual tonsil. Since the larynx is not so often affected as the pharynx, we will rarely find any conspicuous changes.

These neuroses disappear at the cessation of all the phenomena of the menopause, but judgment must be exercised in making the prognosis, as in many cases the changes may last for several years, the laryngeal symptoms continuing until the organism has settled into its new conditions. Care must also be taken in making the diagnosis of this condition, that due credit be given to any pathologic changes in the larynx that may exist at the time of the menopause and possibly be the cause of the paresthesia, etc. Because a woman at this period complains of various neuroses of the larynx, it does not always signify that

the generative organs are the fons et origo of the trouble; the diagnosis can only be made by eliminating other factors as causative agents.

As in other periods, inflammations of the laryngeal mucosa may be present from changes in the sexual apparatus as well as pure nervous changes. This applies equally as well to the menopause. All grades of inflammatory laryngeal troubles may be seen, but a mild form of laryngitis lasting but a few days, then repeated at frequent intervals, is most common. In a large number of cases a mild grade of previously existing catarrhal laryngitis becomes more marked, while in a few cases a subacute form of catarrhal laryngitis with little tissue-change continues during the entire climacteria. The voice in these cases is rarely affected, although it may be slightly husky in the mornings, but immediately becomes clear after removal of a small particle of mucus which has collected in the larynx during the night. Glasgow[14] reports six cases of spasm of the glottis incident to the menopause. In four there was catarrhal laryngitis, in one a malignant uterine tumor and in the sixth no cause of the laryngeal edema was ascertainable except the period of life. In the last case the attacks lasted for two years; there had been an entire cessation of menstruation, and after a profuse uterine hemorrhage they entirely disappeared.

Pregnancy.—During pregnancy the larynx, like many other parts of the body, may participate in reflex actions due to the changes taking place in the generative organs, although laryngeal reflexes are rare in comparison with the other irregular symptoms. The case of aphonia previously described was a typical example of uterine reflex action from this condition. An irritating cough is occasionally observed in pregnant women, in some cases so severe as to alarm the patients; no changes are observed in the upper respiratory tract, and despite medication it continues until the woman is delivered, when it immediately ceases. In other cases the cough may be but slight, replacing the familiar morning sickness; after arising in the morning there will be a severe spell of coughing without expectoration, lasting for several minutes, then it will not be present again until the next day at the same time. In a case quoted by Lenox Browne of nervous laryngeal cough due to pregnancy, it always occurred in the early days of conception and invariably at the period of "quickening." This woman had several children,

and the first symptoms of pregnancy was the cough; she regarded it as a sign of pregnancy even before confirmed by other circumstances.

Spasm of the glottis and inflammations of the larynx may also accompany the pregnant state, grave morbid alterations of the laryngeal structures being rare at this time; but a unique case reported by Bayer[15] merits a somewhat detailed description. His case occurred in a female, aged 34 years, who complained of pronounced symptoms of laryngeal obstruction, with dyspnea, cough, aphonia, and expectoration. Laryngeal examination revealed an ulcerative laryngeal tuberculosis, with tumefaction of the epiglottis,arytenoids and interior of the larynx. The glottic opening had become so reduced in size from the swelling that tracheotomy seemed indicated at short notice. A short time after this, the woman, who was three months pregnant, aborted and had several uterine hemorrhages; eight days later the tumefaction of the larynx had so diminished under the severe hemorrhages occurring as the result of the absortion, that tracheotomy was no longer indicated. In commenting on this case he makes the statement that one must never neglect to ascertain the condition of the generative organs in females suffering from important laryngeal disorders.

After operations on the uterus or ovaries, no pathologic laryngeal changes occur as far as ascertainable from the literature on the subject. The singing-voice is sometimes changed after removal of the ovaries, but so far as the talking-voice is concerned but little alteration can be observed in the majority of cases, while in a few women the voice seems to become coarser in the lapse of years; that this has any relation to the oophorectomy is somewhat doubtful. I have studied the speaking-voice (the girl could not sing) in one case of a young woman, 18 years of age, who had had her ovaries removed, and now, after a lapse of five years, no vocal changes have appeared. So far as the singing-voice is concerned, it seems that some alterations in its character take place in a limited number of females after removal of both ovaries. Castex[16] carefully studied the voice of six women, under 35 years of age, who had been subject to oophorectomy. In one instance the effect of the operation was damaging; the voice became harsh, especially in the high notes, and she was unfitted for singing. In another case, that of a mezzo soprano, four low tones were added to the compass of the voice, without any

change in its strength or timbre. In the remaining cases either there were no changes in the voice, or whatever alterations there were could not with certainty be attributed to the operation. Dr. Catex believes that the chance of damage to the voice from oophorectomy is too small to count as a contraindication to the operation. After hysterectomy no observable alterations of the voice take place.

The study of the relations between the larynx and sexual apparatus opens up a new field of research of almost boundless limit, which invites not only the physiologist and pathologist, but also the biologist. Above all, it brings us face to face with a serious problem of life, an interesting enigma, whose significance it will be the task of the future to divine.

REFERENCES.

[1] F. v. Stein, Zeitschrift für. Ethnologie, 1875.
[2] Landois and Sterling, Text-Book of Physiology.
[3] Seiler, Diseases of the Nose and Throat.
[4] Lenox Browne, Diseases of the Throat.
[5] S. Johnson Taylor, British Medical Journal, November, 1894.
[6] Morell Mackenzie, Diseases of the Throat and Nose.
[7] Trifilette, Archives di Laryngologie, Turin, July, 1895.
[8] C. H. Leonard, Journal of the American Medical Association, July 9, 1892.
[9] Payet, Revue de Laryngologie, Paris, September, 1894.
[10] Treitel, Deutsche Medicinische Wochenschrift, Leipzig, December 1891.
[11] De La Sota, El Liglio Madrid, January, 1897.
[12] Campaiold, Revista de Laryngologia, Barcelona.
[13] Felix Semon, British Medical Journal, January 5, 1895.
[14] William C. Glasgow, Burnett's System of the Diseases of the Throat.
[15] Bayer, Journal of Laryngology, Vol. IX.
[16] Castex, Revue de Laryngologie, 1896.

706 Madison Ave.

Referate und Kritiken.

Specielle Pathologie und Therapie, herausgegeben von Hofrath Dr. Hermann Nothnagel. VIII. Band, I. Theil, II. Heft. *Die Anaemie.* Von Prof. Dr. Ehrlich und Dr. A. Lazarus. Verlag von Alfred Hölder. Wien 1900.

Das vorliegende II. Heft, die „Klinik der Anaemieen" behandelnd, hat Dr. A. Lazarus zum Verfasser. Er theilt den Stoff

ein in: I. Einfache Anaemie, a) die acute posthaemorrhagische Anaemie; b) die einfache chronische Anaemie; c) die Chlorose. II. Progressive, perniciöse Anaemie. Der Abschnitt über Chlorose hat eine gesonderte Bearbeitung durch v. Noorden gefunden und konnte daher in dem vorliegenden Hefte unberücksichtigt bleiben. Unter die acute posthaemorrhagische Anaemie rechnet L. alle Zustandsänderungen, die durch Blutverlust in einer relativen kurzen Zeit, von einigen Minuten bis zu mehreren Tagen, erzeugt werden. Die einfache chronische Anaemie, die man auch als „symptomatische Anaemie" bezeichnen kann, findet sich: a) nach häufiger wiederholten Blutverlusten; b) bei chronischer Unternährung, sowie der Einwirkung anderer die Forderungen der Hygiene verletzender Momente; c) in Begleitung und als Folge anderer Erkrankungen; d) nach acuten und chronischen Vergiftungen. In dem 2. Hauptabschnitt, progressive, perniciöse Anaemie, beschäftigt sich Verf. mit den Krankheitsformen, welche durch die von Biermer und Ehrlich hervorgehobenen Merkmale gekennzeichnet sind, er macht aber ausdrücklich darauf aufmerksam, dass er nicht eine Krankheit sui generis bespricht, sondern eine häufig vorkommende Gruppirung von Symptomen, welche bei verschiedenartigen Krankheitszuständen zu Stande kommt. Soweit die Hauptgruppirung des höchst interessanten Stoffes durch Verf.. Bei jedem Capitel finden Aetiologie, Symptomatologie, Diagnose und Therapie eingehende und ausführliche Besprechung. Die Darstellungsweise ist eine äusserst klare; der Text wird durch ein reichhaltiges Literaturverzeichniss, 2 Tafeln in Farbendruck und 3 Curven vervollständigt. Die „Klinik der Anaemieen" hat durch Lazarus eine geradezu meisterhafte Bearbeitung gefunden.

Dasselbe. XV. Band, III. Theil, I. Hälfte. *Erkrankungen der Gefässe.* Von Prof. L. v. Schrötter in Wien. I. Hälfte. *Erkrankungen der Arterien.* Mit 55 Abbildungen. Verlag von Alfred Hölder. Wien 1899.

Von dem Capitel über Gefässerkrankungen, dessen Bearbeitung Prof. L. v. Schrötter für das Nothnagel'sche Handbuch übernommen hat, liegt nunmehr der erste Abschnitt, Erkrankungen der Arterien, vor. Es sind in demselben abgehandelt: Abnormitäten, Hypertrophie, Entzündung der Arterien in ihren verschiedenen Formen, Arteriosclerose, Tuberculose, Syphilis der Gefässe, Erweiterung der Gefässe und das Aneurysma. Es ist leider nicht angängig, hier auf Einzelnheiten der äusserst interessanten und lehrreichen Arbeit näher einzugehen, es sei hier nur darauf hingewiesen, dass die Erkrankungen der Arterien kaum je zuvor eine derartig mustergültige Darstellung gefunden haben.

Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. Einzeln-Darstellungen für Gebildete aller Stände. Herausgegeben von Dr.

med. L. Loewenfeld und Dr. med. H. Kurella. I. *Somnambulismus und Spiritismus.* Von L. Loewenfeld in München. Verlag von J. F. Bergmann. Wiesbaden 1900.

Unter den Wissenschaften, deren gewaltiger Aufschwung in der zweiten Hälfte des verflossenen Jahrhunderts sich auch der Wahrnehmung Fernstehender nicht entziehen konnte, stehen die mit dem normalen und krankhaften Nerven- und Seelenleben sich befassenden mit obenan.

Die Zahl der Forscher, die in rastloser Arbeit der Förderung dieser Wissensgebiete sich hingeben, ist ausserordentlich angewachsen, und auf den verschiedensten Wegen versucht man, Aufschlüsse über die so verwickelten Leistungen unseres Nervensystems, ihrer Schwankungen und Störungen zu gewinnen. Ebenso zahlreich und mannigfaltig sind die Bestrebungen, in die Tiefen unseres Seelenlebens einzudringen und deren Dunkel zu erhellen. Diese Bemühungen haben denn auch unsere Kenntnisse nach manchen Richtungen hin bedeutend erweitert und auch in practischer Hinsicht bereits reiche Früchte gezeitigt. Die Ergebnisse der Nerven- und Seelenforschung haben nicht nur die Erkennung und erfolgreiche Behandlung zahlreicher Krankheitszustände im Bereiche des Nervensystems erleichtert oder ermöglicht, sondern auch für eine Reihe anderer Wissenschaften, Anthropologie, Ethnologie, Sociologie, Hygiene, Pädagogik etc. sich befruchtend erwiesen. Bisher haben sich jedoch die Forscher zumeist darauf beschränkt, die Resultate ihrer Studien ihren engeren Fachgenossen zugänglich zu machen. Das grosse gebildete Publikum, dessen Interesse für die Erscheinungen des Nerven- und Seelenlebens täglich lebhafter wird, konnte die ihm erwünschte Aufklärung über Fragen dieses Gebietes zum grossen Theil erst aus zweiter oder dritter Hand erlangen.

Diese Sachlage hat die Herausgeber veranlasst, im Vereine mit einer Anzahl hervorragender Fachgelehrter des In- und Auslandes die Veröffentlichung einer zwanglosen Reihe von Abhandlungen zu unternehmen, in welchen Fragen von allgemeinem Interesse aus dem Beriche der Nerven- und Seelenheilkunde und deren wissenschaftlichen Grenzgebieten, insbesonders der Psychologie, Pädagogik, Hygiene, Ethnologie, Anthropologie, Sociologie und gerichtlichen Medicin in durchaus selbstständiger und origineller Weise behandelt werden. In den Abhandlungen, welche insbesonders den Vertretern der verschiedenen wissenschaftlichen Berufskreise zur Orientirung dienen sollen, werden dem Leser die Resultate der Forschungen der mitarbeitenden Autoren zugänglich gemacht, und die Darstellung wird ungeachtet ihres wissenschaftlichen Characters darauf Bedacht nehmen, dass das Verständniss des Gebotenen keine speciellen Fachkenntnisse erheischen soll.

Die erste dieser in zwangloser Reihenfolge erscheinenden Publicationen liegt nunmehr vor unter dem Titel „Somnam-

bulismus und Spiritismus" von Dr. Loewenfeld, der durch eine Reihe von Arbeiten auf dem Gebiete der Nervenerkrankungen bereits rühmlichst bekannt geworden ist. Wenn auch der Titel „Somnambulismus und Spiritismus" schon versprechend genug ist, um unsere Aufmerksamkeit auf die kleine Abhandlung zu lenken, so wird unser Interesse an derselben noch mehr geweckt werden, wenn wir die Inhalts-Uebersicht näher ins Auge fassen. Dieselbe ist folgende: A. Die verschiedenen Formen des Somnambulismus. 1. Das Schlafwandeln. 2. Der hysterische Somnambulismus. 3. Der hypnotische Somnambulismus. B. Die aussergewöhnlichen Erscheinungen des Somnambulismus. 1. Das Hellsehen. 2. Die Sinnesverlegung. 3. Das räumliche Fernsehen. 4. Die übersinnliche Gedankenübertragung (Telepathie). 5. Das zeitliche Fernsehen (Clairvoyance). 6. Das Reden in fremden Zungen. In welchem Sinne L. die vorgenannten Abschnitte abgehandelt hat und wie er sich den sogen. aussergewöhnlichen Erscheinungen des Somnambulismus und den spiritischen Theorien gegenüber verhält, dafür geben die letzten Zeilen seiner Schlussbemerkungen genügendes Zeugniss. Er beschliesst nämlich die hochinteressante und jedem Gebildeten auf das Wärmste zu empfehlende Abhandlung mit folgenden Worten: „Wir wollen hoffen, dass das Licht der Wissenschaft im anbrechenden Jahrhundert den Anhängern des Spiritismus Einsicht in ihre Verirrung bringt und sie vom Banne einer Lehre befreit, welche der Aufklärung unserer Zeit Hohn spricht und längst überwundenem Aberglauben neuerdings Thür und Thor zu öffnen droht."

Der Alcoholismus. Eine Vierteljahrsschrift zur wissenschaftlichen Erörterung der Alcoholfrage. Herausgegeben unter Mitwirkung hervorragender Fachmänner von Dr. A. Baer, Prof. Dr. Böhmert, Dr. jur. von Strauss und Torney und Dr. med. Waldschmidt. Verlag von O. V. Böhmert. Dresden 1900. Jahrg. I., Heft 1.

Als ein wichtiges Hilfsmittel, um die ganze internationale Bewegung für Mässigkeit und Sittlichkeit zu fördern, erscheint der während des Jahres 1899 gereifte Plan einer neuen wissenschaftlichen Zeitschrift, welche unter dem Titel: „Der Alcoholismus, eine Vierteljahrsschrift zur wissenschaftlichen Erörterung der Alcoholfrage" im ersten Vierteljahr von 1900 erschienen ist. — Die vier Herausgeber, Geh. Sanitätsrath Dr. A. Baer in Berlin, Geh. Regierungsrath Prof. Dr. Böhmert in Dresden, Oberverwaltungsgerichtsrath Dr. jur. von Strauss und Torney und Dr. med. Waldschmidt in Berlin gehören zwar sämmtlich zum Ausschusse des Deutschen Vereins gegen den Missbrauch geistiger Getränke, haben jedoch eine stattliche Reihe von wissenschaftlichen Männern aus den verschiedensten Ländern und Parteien zur Mitarbeit gewonnen und beabsichtigen, den Alcoholismus nicht von dem agitatorischen Standpunkte eines Vereins aus,

sondern streng wissenschaftlich und objectiv vom Standpunkte der Wahrheitsforschung aus nach den verschiedensten Seiten zu beleuchten, um den Mässigkeits- und Enthaltsamkeitsbestrebungen gleichmässig gerecht zu werden. Die neue Zeitschrift beabsichtigt vor allem eine Behandlung der Wirkungen des Alcohols auf den menschlichen Organismus und auf den socialen, physischen, sittlichen und geistigen Zustand der Bevölkerung, also auf Lebensdauer, Sterblichkeit, Lebenshaltung, Krankheit, Geistesstörung, Selbstmord, Verbrechen, Verarmung, Entartung etc. Eine eingehende Bearbeitung sollen ferner die Maassnahmen finden, welche die Trunksucht mittelbar oder unmittelbar bekämpfen, wie z. B. gesetzgeberische Maassnahmen im In- und Auslande, Schankwesen, Alcoholbesteuerung, Mässigkeits- und Enthaltsamkeitsvereine, sowie die Aufgaben, die den einzelnen Berufsklassen, wie der Schule, Kirche, den Aerzten, dem Militär, in diesem Kampfe zufallen; ferner die Förderung edler Volksgeselligkeit durch Lesehallen, Volksheime, Volkskaffeehäuser, Volksunterhaltungsabende, Unterrichtscurse und endlich die Trinkerfürsorge und die Trinkerheilanstalten.

Die Zeitschrift wird in der Verlagshandlung von O. V. Böhmert in Dresden in Vierteljahrsheften von je 5—6 Bogen im Preise von 2 M. pro Heft und im Jahresabonnement von 8 M. erscheinen. Die Herausgeber hoffen durch ihr Organ eine wichtige wissenschaftliche Waffe im Kampfe gegen die Trunksucht und vor allem einen wissenschaftlichen Mittelpunkt zur Sammlung des jetzt so vielfach zerstreuten Materials über die Alcoholfrage zu schaffen.

Das vorliegende erste Heft dieser neuen Vierteljahresschrift zeichnet sich durch eine stattliche Reihe interessanter Arbeiten auf dem Gebiete der Alcoholfrage aus, auf die leider an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden kann. Man kann über die Alcoholfrage denken wie man will, man braucht kein begeisterter Anhänger der totalen Abstinenzler und kein intoleranter Eiferer, der jeden Tropfen Bier oder Wein für tödtliches Gift erklärt, zu sein, man wird doch die Thatsache zugestehen müssen, dass die Trunksucht eine gefährliche Erscheinung der Gegenwart bildet und die Gesundheit des Einzelnen, sowie die volkswirthschaftliche Wohlfahrt ganzer Völker bedroht. Wenn daher die vorliegende Zeitschrift, wie in ihrem ersten Hefte, sich mit Nachdruck gegen den Missbrauch des Alcohols, aber nur gegen diesen und nicht gegen den vernünftigen und mässigen Gebrauch desselben wendet, und nicht in ihren späteren Nummern den Zeloten und Wassersimpeln ihre Spalten öffnet — und die Gefahr hierfür liegt nahe — kann man das Entstehen der Vierteljahrsschrift zur wissenschaftlichen Erörterung der Alcoholfrage mit Freuden begrüssen und die Hoffnung aussprechen, dass ihre Bestrebungen zur Beseitigung des Alcoholismus von günstigem Erfolge begleitet sein mögen. In diesem Sinne wird sie jedenfalls unter den Aerzten, die ja den schädigenden Einfluss des im

Uebermaas genossenen Alcohols auf die Gesundheit am besten zu beurtheilen vermögen, die wärmsten Anhänger finden.

R.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

Münchener Medicinische Wochenschrift, 1900, No. 3 mit 5.

1) O. Dornblüth (Rostock): *Die Behandlung der Neurasthenie.*

Die Arbeit des Verf. enthält nichts Neues und ist zum grossen Theil pro domo geschrieben.

2) Winckler (Bremen): *Zur Behandlung der Stirnhöhleneiterung.*

Verf. ist der Ansicht, dass man bei der Behandlung der Stirnhöhleneiterungen alle Methoden zu berücksichtigen hat und nicht principiell einer, z. B. der bequemen Kuhnt'schen Knabberzangenoperation, alle Patienten ausnahmslos zu unterwerfen berechtigt ist. Die jedesmal vorliegenden Verhältnisse haben die Operation zu bestimmen und nicht die Vorliebe des Operateurs für diese oder jene Methode. Handelt es sich um eine doppelseitige Stirnhöhlen- und Siebbeinerkrankung, so bestimmt die Configuration des Gesichtsschädels — die Dicke der vorderen Stirnbeintafel —, falls eine osteoplastische Operation zu wählen ist, ob die vordere Stirnhöhlenwand nebst Nasengerüst von oben nach unten oder von unten nach oben umgeklappt werden müssen. Besondere Höhe und Breite der Nase lassen unter Umständen auch das Auseinanderklappen der oberen Nasenpartien zu. Ob man bei einseitiger Erkrankung von innen nach aussen oder in umgekehrter Richtung umklappt, richtet sich darnach, was man von dem Naseninnern zu sehen wünscht. Bei der Nachbehandlung der eröffneten Nebenhöhlen hat W. nunmehr vollständig alle Spülungen aufgegeben und behandelt lediglich trocken mit Gazetamponade bezw. mit Insufflationen.

3) E. Rotter: *Die Herznaht als typische Operation.*

R. hat versucht auf allen bisherigen bezüglich der Herznaht mitgetheilten klinischen Erfahrungen und kritisch am Cadaver nachprüfend, eine Grundform für diese Operation zu gewinnen, welche für die Praxis nach allen Richtungen möglichst geeignet sei, ihr Gerathen möglichst zu gewährleisten. Die Anforderungen an die Operation sind folgende: Sie muss 1. ausgiebigen Zugang zum ganzen Herzen schaffen; 2. muss rasch ausgeführt werden können, besonders bei den gefährlichen Symptomen der Rose'schen Herztamponade; 3. sie muss für möglichst alle therapeutisch überhaupt zugänglichen Fälle von Herzverletzung passen und 4. mit geringer Assistenz ausführbar sein. Diesen Anforderungen kommt das von R. beschriebene Verfahren am

nächsten. Dasselbe wurde von Ninni in Neapel an der Leiche ersonnen, dann aber von diesem selbst und seiner Schule wieder verlassen. Betreffs der Ausführung der Methode ist die mit zwei Abbildungen illustrirte Originalarbeit nachzulesen.

4) Löhnberg (Hamm i. W.): *Ein Fall von Stichverletzung des Ohres mit Ausfluss von Hirnwasser.*

Ein 19jähriger junger Mann hatte in einem Balllocal einen Stich in das linke Ohr erhalten und war unmittelbar darauf ohnmächtig zu Boden gestürzt. Es handelte sich um eine Durchbohrung des Paukendaches und der Arachnoidea, welche völlig aseptisch und ungewöhnlich leicht verlief. Die Hauptsymptome waren Abfluss von Hirnwasser, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen, Erbrechen, daneben Pulsverlangsamung (Vagusreizung?) und Polyurie.

5) M. Rothschild (Randegg-Baden): *Ein Fall von Scorbut auf dem Lande.*

Der von Verf. geschilderte, 8 Wochen nach Beginn der Erkrankung letal verlaufene Scorbutfall bietet ganz besonderes Interesse, weil derselbe ohne jegliches beweiskräftiges aetiologisches Moment in einer Gegend und unter Verhältnissen auftrat, unter welchen nach den bisherigen Erfahrungen nicht gerade zahlreiche Scorbutfälle zur Beobachtung gelangt sind.

6) A. Lode und A. Durig: *Ueber die Kohlensäureausscheidung bei wiederholten kalten Bädern* (nach Versuchen an Hunden). (Aus dem hygien. Universitätsinstitut in Innsbruck.

Nasaroff hat zuerst die bedeutsame Thatsache festgestellt, dass Versuchsthiere, und zwar Hunde, nach täglich wiederholten Bädern es dahin bringen, dass die Differenzen zwischen den vor dem Bade und nach dem Bade abgelesenen Rectaltemperaturen allmählich kleiner werden. Es findet also durch eine sich ausbildende Einrichtung des Organismus eine Art Anpassung des Körpers an diese Wärmeentziehungen statt, als deren Resultat das zähere Festhalten des Körpers an seine normale Körperwärme anzusehen ist. Die Verf. konnten sich durch Nachprüfungen überzeugen, dass die von Nasaroff gemachte Mittheilung ihre Richtigkeit hat, und sie stellten ferner Experimente an, die klarlegen sollten, in welcher Weise diese merkwürdige Verminderung des Temperaturabfalles zu Stande kommt. Wie sich bei diesen Experimenten zeigte, war bei Hunden, welche das Nasaroff'sche Phänomen zeigten, gesetzmässig: 1. Eine ausserordentliche Erhöhung der Kohlensäureproduction während und nach den kalten Bädern, welche in manchen Fällen mehr als das Dreifache der im normalen Zustande ermittelten betrug. Sicherlich spielen durch den Reiz des kalten Wassers ausgelöste willkürliche und unwillkürliche Muskelbewegungen hierbei eine wesentliche Rolle. 2. Die Menge der ausgeschiedenen Kohlensäure änderte sich nicht wesentlich bei der Wiederholung der kal-

ten Bäder; insbesondere war ein irgend wie gesetzmässiges Ansteigen der CO_2-Ausscheidung im Sinne eines sich allmählich steigernden Stoffwechsels nicht zu erkennen. Die Kohlensäureproduction stieg an, wenn die Wassertemperatur erniedrigt, fiel ab, wenn letztere erhöht wurde.

Man kann also sagen: ein allmählich sich steigernder Stoffwechsel oder eine progressiv sich steigernde Wärmebildung kann nicht die Ursache der merkwürdigen Anpassung sein. Nachdem also die Production nicht ansteigt, kann nur die Wärmeabgabe geringer werden. Die Aenderung der Wärmeabgabe ist als Function der Haut, resp. der in derselben sich befindenden Blutgefässe zu betrachten. Je rascher, intensiver und anhaltender die Hautgefässe sich nach der Einwirkung des Kältereizes zusammenziehen, um so geringer muss die Abgabe von Wärme an die Umgebung werden und um so geringer die Entwärmung des Gesammtorganismus. Es handelt sich also bei dieser Anpassung, welche die Verf. im Wesentlichen als ein Analogon jenes Erscheinungscomplexes zu betrachten geneigt sind, welcher als Abhärtung bezeichnet wird, um eine von der Haut, resp. deren Gefässe erworbene Fähigkeit, die Wärmeabgabe herabzusetzen. Die Regulation besteht in physicalischen und nicht in chemischen Vorgängen innerhalb des Organismus.

7) Kisskalt: *Ueber locale Disposition, Erkältung und Abhärtung.* (Aus dem hygien. Institut Würzburg.)

Verf. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: 1. Arterielle Hyperämie steigert die Disposition zu Erkrankungen. 2. Eine solche gesteigerte Disposition durch arterielle Hyperämie der inneren Organe, einschliesslich der Schleimhaut der Athemwege, kommt zu Stande bei der Erkältung durch Contraction der Hautgefässe, ein Vorgang, der sich auch am abgekühlten Thiere nachahmen lässt. 3. Die Abhärtung gegen Einwirkungen der Kälte hat zur Folge, dass die Gefässe der Haut nicht mehr so prompt auf jeden Kältereiz durch Contraction reagiren, so dass jene Disposition nicht mehr so leicht zu Stande kommt.

8) G. Killian (Freiburg i. B.): *Die oesophagoscopische Diagnose des Pulsionsdivertikels der Speiseröhre.*

K. ist es bei vier Patienten gelungen, mit dem Rohre aus dem Sack in die Speiseröhre und wiederum aus der letzteren in den Sack zu gelangen und dabei die ganzen anatomischen Verhältnisse genau zu übersehen.

9) Doerfler (Regensburg): *Zur Behandlung der chronischen Obstipation im Kindesalter.*

Der Grund dafür, dass alle zur künstlichen Ernährung der Kinder verwendeten Milchgemenge zwar sehr wohl geeignet sind, darmcatarrhalische Störungen zu verhüten, aber andererseits sehr oft zur Verstopfung schlimmster Art führen oder sie wenigstens nicht verhüten können, liegt nach der Ansicht des Verf. in der ausserordentlichen Verdünnung derselben mit Wasser oder

Schleimwasser oder Molke oder Kalbsbrühe u. dergl. D. strebte nun darnach, der bisherigen Nahrung ein Medium zuzusetzen, das die Nahrungsbestandtheile der Milchwassermischung reizlos reichlich vermehrt und andererseits die gehemmte Darmthätigkeit anregt, ohne den Darm aus seiner physiologischen Verfassung zu bringen, und welches schliesslich auch den Speisebrei rein mechanisch leichter beweglich macht, und dessen eventueller Ueberschuss an Nährstoffen endlich auch reizlos per vias naturales wieder abgeht. Ein solches Medium, das stets nützte, nie schadete, glaubt D. in der frischen, süssen Butter gefunden zu haben. Dieselbe muss stets frisch und bester Qualität sein, am besten sogen. Gebirgsbutter. Die Einzelngabe muss streng individualisirt werden und anfangs stets vom Arzte angegeben werden. Nach den Lebensmonaten geregelt wurde die Butter folgendermaassen verordnet:

Erster Lebensmonat: Da die Verstopfung in dieser Zeit gewöhnlich noch nicht hatnäckig ist, so kann so lange Clysmabehandlung durchgeführt werden, bis man sich überzeugt hat, dass sich der Darm der künstlichen Nahrung adaptirt hat.

Zweiter und dritter Monat: Täglich Früh und Abends ein halber bis ein Kaffeelöffel voll und zwar so lange, bis normaler Stuhlgang erfolgt, dann nur alle 2 Tage diese Dosis.

Dritter und vierter Monat: 2—3 Kaffeelöffel täglich; ist Stuhlgang geregelt, dann wird Butter nur im Bedarfsfalle in derselben Menge alle 2—3 Tage gegeben.

Vom fünften Monate an bis zu einem Jahre alle 2—3 Tage 1—3 Esslöffel, längere Zeit hindurch.

Die Butter darf nur im Naturzustande gegeben werden, nie in Milch gelöst oder in andere Vehikel verrührt, da die absolut harmlose Wirkung der frischen Butter durch die beim Zerlassen oder Erwärmen eintretenden chemischen Veränderungen verloren geht und dem Kinderdarm dadurch die Möglichkeit entzogen wird, aus dem unveränderten Milchfette seinen Bedarf sich selbst zu nehmen und den Ueberschuss einfach wieder abzugeben. D. ist der festen Ueberzeugung, dass alle bisherigen Heilmethoden vom Clysma bis zur Massage ruhig ad acta gelegt werden können, da sie durch diese Buttertherapie unnöthig geworden sind.

10) v. Noorden (München): *Zur Lymphknotentuberculose.*

Verf. betont die Häufigkeit der Lymphdrüsenschwellungen bei jugendlichen Individuen. Er ist der Ansicht, dass, wenn klinische Mittel und Erfahrung bei der Diagnose betreffs des Characters der Drüsenschwellungen im Stiche lassen, man wieder öfters neben der Probeexcision, die auch energisch zu vertreten ist, obwohl das Verlangen nach dem kleinen Eingriff gerne an gegebenen Verhältnissen scheitert, zum Tuberculin greifen soll. Diagnostischen Werth hat dieses behalten trotz aller Gegenkritik. Nicht immer reagiren tuberculöse Lymphknoten der Anfang- und Spätform ,das ist zuzugeben, aber in anderen Fällen treten

wieder alle Nüancen von kaum merkbarer Spannung bis zur hochgradig schmerzhaften, mit Entzündung einhergehenden Begleiterscheinung auf und dies individuell, bei steigernder, vorsichtig gereichter Dosis von Milligramm bis Centigramm der wirksamen Substanz. Wohlbedachte Dosirung schädigt nicht. Da der Zusammenhang zwischen Lymphknotentuberculose und Lungentuberculose feststeht, so ist dringend zu wünschen, dass die Erkrankten möglichst bald der Operation zugeführt werden und dies nach dem Säuglingsalter in jedem Alter, falls der Kräftezustand und die äusseren Verhältnisse nicht dagegen sind.

11) G. Trautmann (München): *Ueber einen Fall von Jodkaliumparotitis.*

Es handelte sich um einen 32jährigen Patienten, der innerhalb 15 Tagen 12 g Jodkali genommen hatte. Darauf traten folgende Erscheinungen auf: Starke Schmerzen in der Stirne und in der rechten Gesichtshälfte. Hitzegefühl im ganzen Körper. Puls 96, grosse Niedergeschlagenheit. Rechte Parotisgegend faustgross geschwollen, die Haut blau bis violett verfärbt und stark gespannt, die Wangenschleimhaut derselben Seite hochroth. Die Palpation des Tumors ist schmerzhaft, ergiebt an einigen Stellen Nachgiebigkeit des geschwellten Parotisgewebes, aber nirgends Fluctation. Darauf wurde der Weitergebrauch des Jodkalis sofort eingestellt. Cataplasma sem. lini. Abführmittel. Die Erscheinungen gingen dann zurück und verschwanden nach einer Woche vollständig.

12) F. Volhard: *Ueber Resorption und Fettabspaltung im Magen.* (Aus der med. Klinik des Herrn Geh.-Rath Prof. Dr. E. Riegel in Giessen.)

Die Ergebnisse der eingehenden Untersuchungen des Verf. sind folgende: 1. Im Magen findet eine sehr weitgehende Spaltung von fein emulgirtem Eier- und Milchfett statt. 2. Hierdurch wird die Emulsion in soweit zerstört, als eine Zweischichtung eintritt und die Fette durch Filtration von der Lösung getrennt werden können. 3. Deshalb erscheint die Methode von v. Mering's, beruhend auf der Bestimmung des Verhältnisses von Fett zu Zucker in einer Eigelbzuckeremulsion vor und nach dem Aufenthalt im Magen, als nicht einwandfrei. 4. Die Methode v. Mering's, fetthaltende Flüssigkeiten behufs Extraction im Soxhlet'schen Apparat auf Caolin mit Natrium sulfuricum siccum zu trocknen, ist die denkbar einfachste und bequemste. 5. Die Behauptung Connstein's, für die Resorption des Fettes käme weniger seine Emulgirbarkeit als vielmehr seine Spaltbarkeit in Betracht, ist unbewiesen. Ihr Beweis ist falsch, da auf falscher Voraussetzung beruhend. 6. Lanolin ist kein leicht emulgirbares, sondern ein äusserst schwer oder gar nicht emulgirbares Fett.

13) W. Hauenschild: *Untersuchungen über die Einwirkung neuerer Antiseptica auf inficirte Hornhautwunden.* (Aus der Universitäts-Augenklinik zu Würzburg.)

Aus den vom Verf. angestellten Versuchen ergiebt sich, dass von den geprüften Antisepticis das beste practisch verwendbare Mittel das Hydrarg. oxycyan. ist, und dass durch dasselbe — zumal bei der Verwendung in stärkeren Lösungen — bei längerer Berieselung unter entsprechend hohem Druck pathogene Keime mit ziemlicher Sicherheit abgetödtet werden können; es ergiebt sich ferner, dass die von mancher Seite geübte Betupfung von Geschwüren mit reiner Carbolsäure vom bacteriologischen Standpunkt aus wohl empfohlen werden kann; es ergiebt sich aber auch, dass das Protargol in seiner Wirkung durchaus nicht seinem hohen Preise entspricht.

14) W. Weygandt (Würzburg): *Psychiatrisches zur Schularztfrage.*

W. fasst seine Darlegungen in folgende Schlusssätze zusammen: 1. Die Verwendung von Schulärzten für die psychische Ueberwachung der Schüler steht noch im Stadium des Versuchs. 2. Zur Ausbildung der Theorie sind in erster Linie Psychologen und Psychiater berufen, schon um bisher begangenen methodischen Fehlern entgegenzutreten. 3. Für die Schularztstellen, insbesondere an höheren Lehranstalten, hat heute schon der psychologisch und psychiatrisch vorgebildete Arzt die geeignetste Grundlage. 4. An den Volksschulen ist vorzugsweise die Aushebung der schwächer begabten Schüler für die (in grossen Städten eingerichteten) Schwachsinnigenklassen, sowie die Ueberwachung der letzteren unter Beihülfe von psychiatrisch vorgebildeten Aerzten vorzunehmen.

15) E. Scholz: *Ein Beitrag zur Frage über die Ursachen des Todes bei Verbrennungen und Verbrühungen.* (Aus dem Neuen allgem. Krankenhaus zu Hamburg-Eppendorf.)

Zwecks Ermittelung des Einflusses der Haut bei der Bildung von Toxinen im lebenden Körper hat Sch. zwei Reihen von Versuchen ausgeführt. In der ersten stellte er die Erscheinungen bei gleich grossen Brandwunden der Haut und des Peritoneums einander gegenüber, in der anderen wurden dieselben bei Hautverbrennungen unter strömendem Blut und bei Blutleere mit einander verglichen. Hunde konnten nicht verwendet werden, da dieselben eine ganz unglaubliche Widerstandsfähigkeit gegen Verbrennungen haben. Aus diesen Versuchen nun geht hervor, dass bei Verbrühungen und Verbrennungen die Hautveränderungen chemisch keine Rolle spielen, sondern dass es sich dabei um Hitzewirkung auf das Blut handelt. Da, wie die Versuche ergaben, einerseits die Verbrennung einer bestimmten Hautoberfläche den Organismus nicht so intensiv schädigt, wie z. B. eine gleich grosse Brandwunde am Peritoneum, andererseits aber die Verbrühung einer blutleeren Hautfläche, deren gleichartige Ver-

letzung bei Blutcirculation den sicheren Tod herbeiführt, auch nach Wiedereintritt des Blutstroms, ohne irgend welche schwere Folgen für das Individuum abläuft, so kann man die Bildungsstätte der toxischen Substanzen jedenfalls nicht in die Haut verlegen, auch findet die Blutveränderung nicht durch Resorption giftiger Stoffe aus derselben statt, sondern es handelt sich beim Tode durch Verbrennung oder Verbrühung um die combinirte Wirkung der durch die Hitze erzeugten physicalischen und chemischen Zerfallsproducte des Blutes selbst.

16) G. Killian (Freiburg i. Br.): *Ueber einen Fall von acuter Perichondritis und Periostitis der Nasenscheidewand dentalen Ursprungs.*

Es handelt sich um den seltenen Fall, in dem eine vereiternde Zahncyste die obige Affection veranlasst hatte.

17) G. Göschel: *Ein Fall von Perityphlitis im Bruchsack; Resection des Coecum und Processus vermiformis.* (Aus dem Nürnberger städt. Krankenhause.)

Verf. giebt Krankengeschichte und Beschreibung der Operationsmethode des Falles, der einen 35jährigen Mann betraf.

18) A. Model (Weissenburg a. S.): *Schwerste Opiumvergiftung eines atropischen Kindes von 10 Wochen. Zehnstündige Faradisation des Phrenicus. Heilung.*

Die Vergiftung bei dem an profusen Diarrhoen erkrankten Kinde war durch zu reichliche Darreichung einer u. a. Tinct. Opii enthaltenden Tinctur entstanden. Sofort vorgenommene manuelle, künstliche Athmung, Zuführung frischer Luft, Hautreize aller Art, Erwärmungsversuche, Hervorziehen der bleich-lividen Zunge, Kitzeln der Fauces etc. waren ohne jede Wirkung. Da entschloss sich M. zur Anwendung des Inductionsstromes. Eine breite Plattenelectrode kam auf das Epigastrium, und als die Knöpfchenelectrode den linken Phrenicus traf, wo derselbe auf dem Scalenus anterior reitet, da erfolgte plötzlich ein kurzes, schwaches, schlürfendes Inspirium. Die Faradisirung fand dann abwechselnd an beiden Phrenicis intermittirend und rhythmisch statt, im Allgemeinen etwa 14—16 mal in der Minute. Nach jedem Stromschluss trat wieder die schlürfende Inspiration ein, aber nur sehr langsam etwas deutlicher und ausgiebiger werdend. Ab und zu wurde die Faradisation auch etwas länger ausgesetzt, um zu sehen, ob nicht ein leichter spontaner Athemzug stattfände. Diese Spontanathmung trat erst gegen Abend ein. Die Faradisation war des Morgens etwa um 8 Uhr begonnen und mit erst gegen Abend allmälig etwas länger gestatteten Unterbrechungen volle 10 Stunden fortgesetzt worden. Das Kind erholte sich wieder vollständig und genas auch von dem schweren Darmcatarrh.

Centralblatt für Chirurgie, 1899 No. 52, 1900 No. 1.

1) G. Müller (Berlin): *Zur Behandlung des chronischen Hydrops genu.*

M. pflegt im Allgemeinen folgendermaassen zu verfahren:

Pat. muss zuerst einige Wochen zu Bette liegen. In dieser Zeit wendet er den von König empfohlenen Compressionsverband an, nur mit dem Unterschiede, dass er statt der Flanellbinden gestärkte Gazebinden benutzt, weil er bei den letzteren eine sichere Controlle hat, ob sich Pat. nicht eigenmächtig den Verband gelockert hat. Der Verband muss natürlich, bei der Fussspitze beginnend, bis über das Knie reichen. Das Bein wird hoch gelagert. Am nächsten und den folgenden Tagen wird durch überwickelte und fest angezogene Binden der inzwischen zu weit gewordene Verband wieder gefestigt. In dieser Zeit lässt er nur den Oberschenkel, speciell den Quadriceps massiren und faradisiren. Nach etwa 8 Tagen wird der Verband abgenommen, und dann ist auch zumeist das Kniegelenk völlig abgeschwollen. Nun wurde das ganze Bein massirt und das Kniegelenk mit der Wechseldouche, das heisst mit abwechselnd heissem und kaltm Strahl täglich fünf Minuten lang gedouscht. Später kommen passive, dann active und zum Schluss Widerstandsbewegungen an die Reihe. Zuerst lässt M. den Pat. in der behandlungsfreien Zeit zu Bette liegen, erst nach einigen Wochen umhergehen. Ist der Erguss dann einige Wochen weggeblieben, so wird Pat. mit elastischer Kniekappe und der Weisung, nur leichte Arbeiten auszuführen aus der Behandlung entlassen. Fälle, bei denen der Erfolg kein dauernder ist, sind nicht anders zu heilen, als dadurch, dass man das Kniegelenk beim Gehen vollkommen von jeder Belastung ausschaltet; hierzu benutzt M. einen von ihm modificirten Hessing'schen Schienenhülsenapparat.

2) H. Lucas: *Beitrag zur Penisamputation.*

Da die meisten Patienten nach Penisamputation eine Strictur der vorderen Urethralmündung mit ihren Folgeerscheinungen behalten, wird nunmehr in dem Kölner Bürgerhospital eine Operationsmethode benutzt, welche diesem Uebelstande abhilft. Es wird dies bewirkt durch möglichst weites Isoliren und Hervorziehen der Urethra allein, dass sich diese resp. ihre Schleimhaut im Laufe der Heilung circulär über das Corpus cavernosum urethrae umschlägt und nachher, mit der äusseren Haut verwachsend und von ihr circulär auseinander gezogen, ein Ostium bildet, welches über dem Niveau der Haut ungefähr ½ cm. hervorsteht. Das Operationsverfahren wird von L. genauer beschrieben und mit 3 Krankengeschichten näher erläutert.

3) F. Bode: *Eine neue Methode der Peritoncalbehandlung und -Drainage bei diffuser Peritonitis.* (Aus dem städt. Krankenhause zu Frankfurt a. M.)

Das Verfahren besteht in der Hauptsache in Eventration der Darmschlingen, Einschlagen derselben in mit Kochsalzlösung getränkte Compressen, Ausschwemmung der von ihrem Inhalte befreiten Bauchhöhle mit grossen Kochsalzmengen (30—40 Liter) und Reposition der Därme, die oft erstaunlich leicht vor

sich geht. Dann wird eine etwa der Mitte des Bauches angehörige Dünndarmschlinge ergriffen und in die Höhe gehoben, wodurch das zugehörige Mesenterium gespannt und übersichtlich wird. An einer von Gefässen freien Stelle wird in dasselbe nahe der Radix mesenterii ein Schlitz angelegt und durch denselben ein dickes, entsprechend langes, in seiner Mitte mit einigen Seitenöffnungen versehenes Drainrohr gezogen, welches nach Versenkung der Schlinge bogenförmig und gleich lang zu beiden Seiten der Wirbelkörper durch die Peritonealhöhle verläuft und durch je eine seitliche Incision der Bauchwand rechts und links unmittelbar über dem Colon nach aussen geleitet wird. Ausser diesem Hauptdrainrohr wird je eines von den beiden Seitenöffnungen und ein viertes vom medialen Laparotomieschnitt an die tiefsten Punkte des kleinen Beckens gelegt, ein weiteres je nach Befund und Nothwendigkeit in die Leber-, Magen- oder Milzgegend und hierauf die Bauchhöhle mit durchgreifenden Peritonalfasciennähten geschlossen. Die in der Peritonealhöhle zurückgelassene Luft wird durch erneutes Kochsalzgiessen während des Nähens noch ausgetrieben, so dass eine nicht unbeträchtliche Menge Flüssigkeit im Bauche bleibt. Nach Beendigung der Operation wird die Durchgängigkeit des quer durch die Bauchhöhle verlaufenden Spülrohres erprobt und durch dasselbe unter leichtem Druck eine geringe Kochsalzmenge von einer Seite zur anderen durchgeschickt. Im Allgemeinen war der Verlauf der nach dieser Methode behandelten Peritonititiden ein auffallend glatter und leichter, die Reconvalescenz eine äusserst kurze und die Pat. meist nach 3 Wochen vollkommen geheilt.

4) E. Piccoli (Lendinara): *Zur Radicalbehandlung der Nabelhernien.*

Die von P. angewandte Operationsmethode besteht aus einer Verschiebungs- und Uebereinanderlegungsplastik der Ränder der Mm. recti und setzt die Excision und Naht des Bruchsackes voraus.

Centralblatt für Gynäkologie, 1899, No. 47 mit 52.

1) E. Petersen (Frankfurt a. M.): *Zwei Fälle von conservativer Sectio caesarea.* (Aus Prof. Dr. Sippel's Poliklinik.

Beide Kaiserschnitte wurden durchaus nach der in der Sippel'schen Klinik üblichen Methode ausgeführt mit geringfügigen Abweichungen, bestehend im Verzicht auf die Schlauchcompression der Cervix, sowie in der Lagerung der Pat., die wie zu kleinen vaginalen Eingriffen mit leicht gebeugten Oberschenkeln in dem unteren Theile der Fritsch'schen Beinhalter fixirt wurde. In einem Falle wurde der Längsschnitt, in dem anderen der quere Fundalschnitt nach Fritsch angewandt. Beide Fälle verliefen günstig für Mutter und Kind. P. ist der Ueberzeugung, dass wir im queren Fundalschnitt ein Hülfsmittel haben, das aus der Reihe unserer operativen Eingriffe nie mehr verschwinden wird.

2) H. Rose (Hamburg): *Eine neue Behandlung der Coccygodynie.*

R. beschreibt 3 Fälle, in denen es sich um Pat. handelt, die neben anderen Genitalerkrankungen die Erscheinungen der Coccygodynie boten. Es wurde ein Befund erhoben und mit Erfolg ein Verfahren angewandt, die, soweit R. aus der Literatur ersehen konnte, noch nicht beschrieben wurden. Die per rectum vorgenommene Untersuchung ergab in dem ersten Falle das Vorhandensein einer etwa 10pfennigstückgrossen, ausserordentlich empfindlichen flachen Anschwellung in der Gegend des linken unteren Kreuzbeinloches; im zweiten Falle je eine ähnliche Anschwellung in dem rechten untersten und dem linken 3. Kreuzbeinloche, und bei der 3. Pat. eine ca. 2 cm lange, schmale, sehr empfindliche Anschwellung, deren Berührung die heftigsten Schmerzen hervorrief, an einer dem rechten untersten Kreuzbeinloche entsprechen Stelle. Hysterie konnte in allen drei Fällen mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Ein Zusammenhang der Coccygodynie mit einer Entbindung war nicht nachzuweisen; die eine Kranke war nie schwanger, bei den anderen liegen 10 und 5 Jahre zwischen Geburt und Erkrankung. R. glaubt, dass es chronisch ödematöse Schwellungen waren, die wahrscheinlich im Anschluss an andere mit Stauung im Becken verbundene Erkrankungen sich entwickelten und ihrerseits durch Druck auf die Nerven beim Austritte aus den Knochencanälen die Beschwerden hervorriefen. Alle drei Fälle wurden durch Massage vom Rectum aus zur Heilung gebracht. Die Technik besteht in leichtem circulären Reiben der empfindlichen Stellen bis zur eintretenden Abschwellung und Schmerzlosigkeit, zuerst täglich, später entsprechend der fortschreitenden Besserung in grösseren Zwischenräumen. Wenn die Pat. eine Stunde vorher eine Darmspülung macht, ist der Mastdarm meist vollkommen leer, sonst schützt ein Gummifinger vor unliebsamer Berührung. Die Pat. müssen, um Recidiven vorzubeugen, Alles vermeiden, was Stauung im Becken begünstigt, vor Allem ist für tägliche ausgiebige, leichte Stuhlentleerung zu sorgen. Selbstverständlich sind andere Leiden einer entsprechenden Behandlung zu unterziehen.

3) Mensinga: *Zur Vereinfachung der gynäcologischen Assistenz.*

M. benutzt seit Jahren in der kleinen oder ambulanten Gynäcologie den Sims'schen Doppel-Löffel und bedarf dazu gar keiner Assistenz. Voraussetzung dabei ist, dass die Vaginal- resp. Uterinuntersuchung in der Knie-Ellenbogenlage stattfinde. Ueber M.'s Operationstisch hängt für die betreffende Gegend von der Decke herab ein kräftiger gedoppelter Gummischlauch, in dessen Schlauche M. — nachdem er das eine Blatt des Sims'schen Speculums in die Vagina geführt — das andere Blatt einhängt. Die Vagina öffnet sich weit, und man überschaut den ganzen Fundus vaginae mitsammt der Lagerung des Orificiums.

Als vorläufige Mittheilung führt M. nebenbei an, dass er seit einiger Zeit die a. a. O. angeregte Behandlung der Gonorrhoe mit frischer Bierhefe anwendet und, wie ihm augenscheinlich ist, mit viel rascherem Erfolg als mit anderen Mitteln.

4) B. Feinberg (Petersburg): *Langdauernde Amenorrhoe bei Nichtstillenden nach normaler Geburt und Wochenbett.*

F. beschreibt drei Fälle, bei denen aus Mangel an mehr oder weniger erheblichen materiellen Veränderungen die Ursache der bestehenden Amenorrhoe unaufgeklärt blieb.

5) J. Balin (Odessa): *Zwei Fälle von Geburt bei doppelter Gebärmutter und Scheide.*

Die vom Verf. beschriebenen zwei Fälle bieten ausser ihrer Seltenheit noch einiges Interessante dar. Einmal zeigen sie, dass eine Vagina duplex als kein wichtiges Hinderniss für die Geburt betrachtet werden kann; letztere kann durch die Naturkräfte allein zu Stande kommen, sogar ohne dass das Septum Verletzungen erleidet. Ferner ist die Art und Weise der Conception in dem zweiten Falle merkwürdig. In diesem Falle war der Coitus ausschliesslich durch die rechte Scheide vollzogen worden, da die Oeffnung der linken Hälfte kaum für einen Finger durchgängig war; Schwangerschaft und Geburt erfolgten jedoch in der linken Hälfte. Dies lässt sich nur durch den Umstand erklären, dass während des Coitus ein wenig Sperma resp. Spermatozoen durch die linke Oeffnung in die entsprechende Scheide geriethen, von da durch den linken Uterus in die Tube gelangten und hier die Conception bewirkten. B. deutet aber noch zwei andere Möglichkeiten an. Einmal konnte irgendwo in der Scheidewand eine Communication zwischen beiden Hälften existiren, wodurch das Sperma aus der rechten Hälfte in die linke eindrang, oder es gelangten die Spermatozoen aus der rechten Vagina durch den entsprechenden Uterus und die Tube in die Bauchhöhle, wanderten auf die andere Seite über und geriethen in die linke Tube, wo endlich die Conception stattfand; es hätte sich also hier jene merkwürdige Erscheinung abgespielt, welche unter dem Namen Transmigratio seminis extra-uterina bekannt ist.

6) A. Hahn: *Elf conservative Kaiserschnitte mit querem Fundalschnitte.* (Aus der kgl. Universitäts-Frauenklinik in Breslau.)

Verf. giebt die Geschichten von 11 derartigen Operationen, die in obiger Klinik ausgeführt wurden, und bespricht die dadurch erzielte Resultate. Sämmtliche 11 Kaiserschnitte wurden mit Erhaltung des Uterus ausgeführt, nur in 2 Fällen wurden Zwecks Sterilisirung der Frau die Tuben beiderseits excidirt. Zwei Fälle sind gestorben; beide Male fand sich eine circumscripte Peritonitis. H. glaubt, dass bei dem einen dieser Fälle die Infection durch die Berührung des herausgewälzten Uterus zu Stande gekommen ist, und er sieht deshalb in dem Hervorwälzen

und Wiederversenken des Uterus eine grosse Gefahr. Die erhaltenen Resultate waren so günstige, dass in der Breslauer Klinik künftig der quere Fundalschnitt weiter erprobt werden wird, und dass schon jetzt diese Schnittführung als eine wichtige Vortheile bietende empfohlen werden kann.

7) R. de Seigneux (Genf): *Ein mit Marmorekserum erfolgreich behandelter Fall von acuter Septikämie.*

Es handelte sich um einen Fall von kryptogener Septicämie, und obwohl Verf. selbst zugiebt, dass die Heilung ganz gut durch andere Factoren bedingt sein konnte, so glaubt er doch, annehmen zu dürfen, dass in diesem Falle das Marmorekserum einen grossen Erfolg gehabt habe. (Wenn man aber aus der Krankengeschichte ersieht, dass Verf. Abends 6 Uhr eine subcutane Einspritzung von 20 ccm des Serums gemacht hat, und am anderen Tage auf 0.2 Calomel 2 dünne, stark übelriechende Stühle erfolgen, die „Eiter zu enthalten scheinen", und von da ab sich der Zustand bessert, so muss gewiss zuerst an eine andere Deutung des Heilungsvorganges gedacht werden. Ref.)

8) E. Preiss (Kattowitz O. S.): *Ueber das geschlitzte Speculum.*

Mit Rücksicht auf die in No. 39 des Centralblattes von G. Zepler veröffentlichte Modification des Röhrenspeculums, welche darin besteht, dass in der ganzen Länge der Röhre, bezw. nur über einen Theil derselben eine oder mehrere Längsspalten angebracht werden, sieht sich P. veranlasst, darauf hinzuweisen, dass derartige Aenderungen an röhrenförmigen Spiegeln bereits existiren. Schon im Winter 1890—91 hatte P. ähnliche Veränderungen an dem Bandl'schen Doppelspeculum vorgenommen und dieselben bereits im Jahre 1895 auf dem VI. Congress der Deutschen Gesellschaft für Gynäcologie demonstrirt und sie später auch mit kleinen Modificationen in No. 36 der Deutschen Med. Wochenschrift, Jahrgang 1896, veröffentlicht, bezw. durch Abbildungen erläutert. P. hat nun abermals einige Veränderungen vorgenommen, die er in vorliegender Arbeit beschreibt und illustrirt.

9) W. Rühl (Dillenburg): *Zur Behandlung schwerer Geburtsstörungen nach Vaginofixation des Uterus.*

Es muss heute von jedem Geburtshülfe treibenden Arzte nicht nur vorausgesetzt, sondern verlangt werden, dass er die eventuell zu erwartenden Geburtsstörungen nach Antefixirung des Uterus kennt, namentlich aber mit den anatomisch-physiologischen Verhältnissen solcher Fälle so vertraut ist, dass er bei der ersten Untersuchung schon sichere Schlüsse auf den Geburtsverlauf und das einzuschlagende therapeutische Handeln machen kann, was entschieden möglich ist. Für die schwersten und gefährlichsten aller Geburtsstörungen, wo nämlich bei abnorm hoch und hinten

stehender Cervix die Entbindung per vias naturales unmöglich erscheint, ist der wiederholt schon mit unglücklichem Ausgange ausgeführte Kaiserschnitt absolut contraindicirt, und lässt sich vielmehr in allen — auch den schwierigsten — derartigen Fällen die Geburt durch einen verhältnissmässig leichten, fast ganz ungefährlichen Eingriff ermöglichen. R. hat letzteren als vorderen Uterus-Scheidenschnitt bezeichnet. Die Ausführung desselben gestaltet sich kurz wie folgt: Nach genauester Orientirung über die Lage der Blase, welche bei Vaginofixationsgeburten gewöhnlich zur Seite des Uterus — oft mit einem Segment noch etwas hinter den vaginofixirten Theil des Uterus ragend — gefunden wird, wird unter Leitung sehr langer Specula die vordere Muttermundslippe freigelegt und angehakt. Gelingt die Einstellung derselben nicht, so wird sie unter Leitung der Hand angehakt und möglichst fest nach unten gezogen. Nunmehr wird schrittweise die vordere Muttermundslippe, vordere Uteruswand und Scheidenwand gespalten und das durchtrennte Gewebe gleichzeitig beiderseitig umstochen. Die Incision muss möglichst an der Stelle erfolgen, wo Utersuwand und Scheidenwand am innigsten mit einander verklebt sind. Wo es möglich ist, kann man das zu durchtrennende Gewebe erst umstechen und dann incidiren. Die Incision muss so gross sein, dass die Hand bequem eingeführt werden kann resp. so viel Raum zwischen hinterer Beckenwand und der incidirten Uteruswand entsteht, dass das Kind hindurchtreten kann. Ist der Muttermund annähernd erweitert und die vordere Lippe nicht besonders elongirt, so genügt gewöhnlich eine Incision von 6—8 cm Länge. Nach geschehener Incision ist sofort zu extrahiren; nach Entleerung seines Inhalts lässt sich der Uterus ohne Mühe bis zur Vulva vorziehen.

Als Folgezustände der Fixation am Ende der Schwangerschaft sind drei äusserst characteristische Symptome zu verzeichnen: Tiefstand des Fundus, Hochstand der Cervix und Retroposition der Cervix. Das Wesentliche der Geburtsstörungen nach Vaginofixation beruht darauf, dass das kleine Becken durch die vordere Uteruswand und Scheidenwand überbrückt ist, und dass in Folge dessen in den schwersten Fällen der Arzt zwischen vorderem Muttermundsrande und hinterer Beckenwand kein Raum für den Durchtritt des Kindes und die Ausführung der typischen geburtshülflichen Operationen vorhanden ist.

10) A. Doktor: *Uterusruptur mit Austritt der Frucht in die Bauchhöhle. Sectio caesarea. Heilung.* (Aus der I. gynäcologischen Universitätsklinik in Budapest.)

Der Fall betraf eine 30jährige III. Para mit engem Becken, die bereits zweimal spontan glücklich geboren hatte, einmal eine während der Geburt abgestorbene, das andere Mal eine lebende Frucht. Das per laparotomiam zur Welt beförderte Kind war 52 cm lang, 4240 g schwer, der Kopfumfang betrug 40 cm (!).

11) B. Rosinski: *Lymphangiectatisches Adenomyom des Ligamentum rotundum.*

Der Tumor wurde bei einer 54jährigen, seit 5 Jahren im Climacterium befindlichen Frau entfernt. Die histologische Untersuchung ergab folgende Verhältnisse: Die aus glatten Muskel- und Bindegewebsfasern bestehende Grundsubstanz des 2 bis 3 mm dicken Cystensackes ist reichlich durchsetzt von vielfach verzweigten, gewundenen, buchtigen, mit Endothel ausgekleideten Hohlräumen, die als Lymphangiectasien leicht erkennbar sind. Viel spärlicher und auch in ihrer Ausdehnung wesentlich hinter diesen Ectasien zurückbleibend findet sich eine zweite Gruppe drüsenartiger Hohlräume, die mit hohem Cylinderepithel ausgekleidet sind. Der Hauptsack hatte zwar den Zellenbelag an seiner Oberfläche eingebüsst, war aber dennoch als eine stark ausgedehnte Lymphcyste daran zu erkennen, dass kleinere Ectasien der Wand vielfach in den Sack hineinmündeten. R.

Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie, Bd. 3, Heft 8.

1) Prof. Kisch (Prag) Marienbad: *Die diätetische Behandlung der Frauen im Alter der Menopause.*

Nach kurzen Bemerkungen über die Begleiterscheinungen der Menopause, die hauptsächlich in leichten und schweren Reizerscheinungen bestehen, giebt Verf. seine Rathschläge betreffs der Behandlung. Die leitende Idee ist, eine vollauf zureichende Ernährung zu geben, die leicht ist, und jede Ueberernährung zu meiden. Die Frauen sollen nur so viel erhalten, dass gerade der Stoffwechsel gedeckt ist. Er empfiehlt 35—40 Calorien pro Körperkilogramm. Die diätetischen Reizmittel sind möglichst auszuschalten, so vor allem die Speisen, welche durch Zuführung von Nucleoalbumin, oder durch Anhäufung von Stoffwechselproducten (Ptomaine) schädlich wirken. Deshalb sollen bei den hauptsächlich Eiweiss führenden Speisen, dem Fleisch, die Sorten vermieden werden, die viel Extractivstoffe enthalten, das sind die gewürzten und dunklen Fleischspeisen, und Fleisch, das viel Nucleoalbumin enthält, wie Hirn, Bries, Leber, Niere. Vegetabilien dürfen in stärkerer Menge gereicht werden, Fett nur in beschränkter Menge in den Fällen, bei denen eine Neigung zum Starkwerden besteht. Alcohol ist verboten. Dabei soll bei der einzelnen Mahlzeit Maass gehalten werden. Viel Wasser ist wegen der guten Durchspülung des Körpers gut. Specielle Angaben über die einzelnen Nahrungsmittel begleiten die Arbeit. In psychischer Hinsicht muss der Arzt auf seine Patientinnen tröstend und ermunternd einwirken und versuchen, sie einer Thätigkeit zuzuführen, die ihr Interesse anderweitig in Anspruch nimmt (Wohlthätigkeit etc.). Bäder und rationelle körperliche Bewegung sind sehr empfehlenswerth.

2) Dr. F. Buttersack (Berlin): *Der Werth der Beschäftigung in der Krankenbehandlung (Beschäftigungstherapie).*

In der durch historische Studien recht interessanten Arbeit betont Verf., dass nicht nur die Beseitigung von Sorgen, die sich ein Patient macht, sondern vor Allem bei den leichter Kranken eine passende Beschäftigung von grossem Einfluss auf die Genesung der Patienten ist. In der I. med. Klinik in Berlin, sowie in einem Militärhospital wurden diese Principien befolgt und der Erfolg war ein sehr befriedigender. Die Patienten erlangen viel früher ihre alte Spannkraft wieder. Natürlich hat diese Beschäftigung möglichst Rücksicht auf den Beruf des Patienten zu nehmen, es ist gut, wenn bei der Arbeit ein Zweck erkennbar ist und last, but not least die Anerkennung des Vorgesetzten — in diesem Falle des Arztes — trägt einen grossen Theil zum Erfolge bei.

3) Basler (Tübingen): *Die blutreinigende Diät bei Galen.*

Eine historische Studie nach alten Quellen (Aristoteles und Galen) über die Wirkung der Diät beim gesunden und kranken Menschen. Hauptsächlich nimmt Galen Bezug auf die „verdünnende", nach neuerem Sprachgebrauche „blutreinigende Diät." Zu einem kürzeren Referate nicht geeignet.

4) Frey (Baden-Baden): *Die Heissluftdouche und ihre Bedeutung für die Aerotherapie.*

Verf. beschreibt seinen Apparat, vermittelst dessen heisse Luft im Strome applicirt und die Application zugleich mit electrischer Massage verbunden werden kann. Die Darstellung der physiol. Wirkung der Heissluftapplication mit Massage bringt nichts Neues. Der Apparat ist aus einer Electricitätsquelle für alle Functionen gespeist. Verf. hat durch die angeführte Combination sehr schöne Erfolge bei Neuralgien, Gicht und altem Rheumatismus gesehen. Der Apparat ist nicht gross und bequem und sicher zu handhaben.

5) August Richter (Münster, Westfalen): *Beiträge zur Behandlung des chronischen Magengeschwürs.*

In übersichtlicher klarer Form giebt Verf. sein Urtheil über die verschiedenen Formen der Behandlung der Magengeschwüre. Obwohl er der Argentum- und Bismuthbehandlung volle Gerechtigkeit widerfahren lässt, so ist er doch, insbesondere bei den stets wieder und wieder blutenden Geschwüren, ein enthusiastischer Freund der Abstinenzbehandlung, verbunden mit dem von Leube-Ziemssen'schen Verfahren (Breiumschläge). Letztere wendet er naturgemäss nicht zur Zeit der Blutung an. Mit Recht weist er ebenfalls mit Nachdruck auf den etwa bestehenden Schleimgehalt des Magens hin. Für diese Fälle ist das Karlsbader Wasser zu verwenden, theils wegen seiner Säure herabsetzenden, theils wegen seiner schleimlösenden Wirkung. Denn rein muss der Magen sein, soll das Geschwür heilen. Für solche Fälle, in denen also der Magen nicht mehr leer wird, sei es durch

eine narbige Stenose oder durch einen Pylorospasmus, nimmt Verf. seine Zuflucht zu Magenspülungen, die nichts schaden können, wenn der Magen etwas erweitert, die grosse Curvatur unter den Nabel heruntergegangen ist. Dann berührt ja die Sonde nie den Pylorus und die ausgelösten Brechbewegungen sind nie so heftig und dadurch gefährlich, als beim spontanen Erbrechen. Dies ist hauptsächlich der Fall, wo es sich um Pylorusstenose mit torpiden, inveterirten, halb vernarbten Geschwüren handelt. Man bringt mit derartigen Spülungen die Säure zurück, reinigt den Magen und schafft bessere Bedingungen für die Vernarbung des Geschwüres. Natürlich gilt dieser Rath nicht für offene Geschwüre, die ebenfalls schon eine Ektasie bewirkt, aber gerade abundant geblutet haben. Bleiben nach Heilung des Geschwürs eine schwere Stenose und deren Folgeerscheinungen zurück, so kann nur von einer chirurgischen Behandlung die Rede sein. Erwähnen muss ich noch, dass Verf. im Laufe der Arbeit die Literatur mit einem Falle bereichert, in dem er, trotzdem die Patientin Bluterin war, und während der Cur in Form von vikariirender Menstruation blutete, während vor Beginn der Cur fast täglich Blut erbrochen wurde, dieselbe durch Abstinenzcur, combinirt mit der v. L e u b e'schen Cur (in der Zwischenzeit zwischen den Menstruationsperioden) doch nach Monaten zur Heilung brachte. Er hatte die Abstinenzcur wochenlang durchgeführt.

6) R. B r a s c h (Bad Kissingen): *Ueber die chemische Constitution und Wirkung der anorganischen Salzlösungen nach den Theorien der modernen Chemie.*

Der erste Theil der Arbeit ist rein chemischen Inhaltes und eignet sich nicht zu einem kurzen Referate. Aus dem zweiten ist es wichtig, anzuführen, dass Verf. bei der grossen Menge des täglich ausgeschiedenen Magensaftes (nach S c h i f f 15 kg. täglich) der Ausscheidung von HCl diesen Vorgang nicht nur als für die Verdauung, sondern auch für die Erhaltung der Alkalescenz des Blutes nothwendig erklärt, als einen ähnlichen Vorgang wie die Absonderung der Kohlensäure durch die Lungen und des Harnstoffs und der Schwefelsäure durch die Nieren. Bei der Besprechung der Wirkung der natürlichen Mineralwässer, bei denen er besonders den Rakoczy und den Karlsbader Sprudel berücksichtigt, stellt er schlussfolgernd auf, „dass der Rakoczy deshalb für den Stoffwechsel von grösster Wichtigkeit ist, weil er in reichlichem Maasse und in leicht resorbirbarer Form alle anorganischen Salze enthält, welche zur Oxydation und Energieentwicklung aus den Nährstoffen nöthig sind, also zur Erzielung von Anbildung und Rückbildung gleich gut geeignet ist, dass der Karlsbader Sprudel aber für die Ausleerung des Darmcanals und damit die ergiebige Desinfection desselben, also bei catarrhalischen Zuständen den Vorzug verdient, dass man ihn aber zu energischen Wirkungen auf den gesammten Stoffwechsel im Sinne der gesteigerten Oxydation und Energieentwicklung aus den Nahrungsstoffen nicht benützen kann." D a u b e r.

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt New York.

17 West 43. Strasse.

Montag, den 5. Februar 1900.

Präsident Dr. Hermann G. Klotz eröffnet die Sitzung um 8¼ Uhr.

Secretär Dr. John A. Beuermann verliest das Protocoll der vorigen Sitzung, welche genehmigt wird.

Vorstellung von Patienten und Demonstration von Präparaten.

Dr. M. Toeplitz: Fall von Halserkrankung in Verbindung mit Nephritis.

Meine Herren, den Patienten, den ich vorzustellen habe, habe ich seit etwa einem Jahre in meiner Beobachtung. Er wurde mir im Januar vorigen Jahres mit hochgradigem Catarrh der Nase und des Rachens zugeschickt. Ich fand da in der linken Nasenhälfte eine Exostose des Septums nach hinten, starke Verengerung der Nasenhöhle durch Hypertrophien, im Nasenrachenraum eine Menge adenoider Vegetationen und zwei kolossale Rachenmandeln. Die Mandeln wurden nach einander ausgeschnitten. Der Mann ist jetzt 32 Jahre alt. Ich machte ihn darauf aufmerksam, dass die Procedur gefährlich sein würde, aber er bestand darauf. Nach Entfernung der ersten Mandel blutete er 3½ Stunden und liess sich trotzdem auch die zweite entfernen, was auch eine heftige Blutung verursachte. Er bekam nach Entfernung der adenoiden Vegetation und der Mandeln viel Raum im Hals und fühlte sich wohl.

Vor einem Monat kam er wieder, weil hauptsächlich sein Gehör, das auch damals angegriffen war, gelitten hatte, und er bat mich, ihm Nase und Rachen zu Ende zu behandeln, denn er war vor Schluss der Behandlung weggeblieben. Auffallend war, dass er sehr leicht blutete, ferner, dass irgend ein Eingriff, sei es galvanokaustischer oder chirurgischer Natur, sofort eine sehr starke Reaction hervorrief. Ich möchte hinzufügen, dass er jeden Winter seit Jahren permanent an follicülärer Angina gelitten hat, die ihn sehr störte, sodass er schon deshalb seine Mandeln ausgeschnitten haben wollte. Dieses Jahr war diese Angina fortgeblieben. Er bekam aber nach einem der letzten Eingriffe eine Schwellung im Hals, bei der die Beschwerden in kinem Vrhältnisse zum Befunde standen, die Sprache wurde ganz dick, sein Gehör wurde so schlecht, dass er kaum Conversationssprache hörte und er hatte förmliche Erstickungserscheinungen. Im Rachen war kaum etwas zu sehen als eine Schwellung der seit-

lichen Rachentheile, ebensowenig in der Nase. Wenn man aber rhinoscopirte, so fanden sich auf beiden Seiten des Nasenrachenraums je ein Wulst so gross wie eine Wallnuss, die bis in die Mitte des Septums hinanreichten und die Nase von hinten und die eustachische Röhre und den Nasenrachenraum verschlossen. Ich konnte mir kein Bild davon machen, was das eigentlich bedeutete. Ich hatte etwas derartiges vorher noch nie gesehen und fand keine Beschreibung darüber. Ich schnitt ein, aber es kam nur eine reine Flüssigkeit heraus. Ich musste zu dem Schluss kommen, dass das Oedem, das sich im hinteren Nasenrachenraum in der Hinterfläche des hinteren Gaumenbogens gebildet hatte, nach hinten an den Nasenrachenraum fest anschloss. Während der Behandlung kam ich auf Folgendes: Der Patient hatte sich vor etwa vier Monaten versichern lassen wollen. Die Versicherungsgesellschaft hatte ihn zurückgewiesen. Darauf meldete er sich bei einer anderen Gesellschaft, welche ihn auch zurückwies. Ich liess mir den Befund geben, und es fand sich, dass nur geringe Spurn von Eiweiss in dem Urin waren, und dass sich granulirende Cylinder darin befanden. Ich machte mir einen kausalen Zusammenhang zwischen der Nephritis und der Halsaffection und fand, dass Edward Loeri in seinem Buch über Halserkrankung in Verbindung mit anderen allgemeinen Krankheiten diesen Zustand sehr schön beschrieben hat. Diese Halsrachenoedeme in Verbindung mit Nephritis scheinen ausserordentlich selten zu sein. So hat Mackenzie keinen einzigen Fall während seines ganzen Lebens gesehen. Ich muss hinzufügen, dass die Erscheinungen sich soweit zurückgebildet haben, dass nur noch eine Andeutung der Geschwülste vorhanden ist. Ich möchte auch bemerken, dass ich auf Grund eines von Herrn Dr. Boeker behandelten Falles von Larynxoedem die suprarenale Kapsel angewandt habe, ohne selbst irgend eine Nierenbehandlung vorzunehmen. Ich muss sagen, dass der Erfolg dieser Behandlung nicht sehr bedeutend war. Der Patient gab an, dass er sich ungefähr eine Stunde lang erleichtert fühlt. Die Schwellungen sind trotzdem zurückgegangen; ob deshalb oder danach, kann ich nicht behaupten.

Nachtrag: Herr Dr. Louis Heitzmann, der so freundlich war, den Urin des Patienten genau zu untersuchen, hält den getrübten Niederschlag für Phosphate, die s. g. granulirten Cylinder für Zoögloeamassen und die „byalinien" für Schleim.

Dr. Carl Pfister: Patienten mit Sarkom und dazu gehöriges Präparat vorstellend.

Dieser junge Mann ist 22 Jahre alt. Ich habe ihm den linken Hoden entfernt wegen sarcomatöser Degeneration, und ihn gleichzeitig wegen eines irreponiblen Leistenbruches an derselben Seite operirt. Er hatte früher einmal inen heftigen Schlag gegen den Hoden bekommen. Die Schwellung fing vor etwa 7 Monaten an und machte ihm natürlicher Weise die heftigsten Be-

schwerden. Interessant an dem Fall ist, dass der rechte Hoden vollständig in der Bauchhöhle retinirt ist.

Dr. Franz Torek: Fall von Gastrostomie.

Dieser Patient ist 66 Jahre alt. Er hatte seit 5 Monaten immer Schlingbeschwerden, die sich täglich verschlimmerten. Zu Anfang war er noch im Stande weiche Speisen hinunterzuschlingen, zuletzt nur noch flüssige. Beim Versuch feste Speisen zu schlingen, blieben dieselben im Halse stecken, wie er sich selbst ausdrückt. Keine Anamnese die auf traumatische Strictur deutet. Keine Geschichte von Lues. Die Schlundsonde stösst auf einen Widerstand 31 cm. hinter der Zahnreihe, also etwa 10—11 cm. oberhalb der Cardia des Magens.

Die Diagnose ist Carcinoma oesophagie, und der Tumor seht 10—12 cm. über dem cardialen Ende des Magens. Ich machte die Gastrostomie nach Witzel am 1. Februar. Die Fistel erstreckt sich nach oben und innen etwa 2 Zoll aufwärts. Das was ich bis jetzt gesagt habe, enthält eigentlich nichts, was sich von irgend einem anderen Gastrostomiefall unterscheidet. Die Ursache, warum ich den Patienten hierher bringe, ist die, um den Herren ad oculos zu demonstriren, dass die Idee, welche mancher Arzt hat, dass Gastrostomie eine Operation sei, die ein langes im Beet liegen benöthige, falsch ist, denn dieser Patient, den ich erst am vorigen Donnerstag operirt habe, sass bereits am Sonnabend, also zwei Tage nach der Operation, im Bett auf. Am Sonntag, drei Tage nach der Operation, verliess er das Bett ganz, und heute, am vierten Tage, ist er schon bei Ihnen. Das lange Liegen im Bett war früher wohl durchweg bei dieser Operation eingeführt, und ich selbst hatte auch nicht den Muth, die Patienten aufstehen zu lassen, als bis ich Mikuliez's letzte Arbeit darüber las, der nach einer Erfahrung, die sich über weit mehr als 100 Gastrostomien erstreckt, sagt, dass er seine Patienten häufig schon am nächsten Tage aufstehen lasse, manchmal sogar schon am Tag der Operation. Diese Abhandlung las ich bald darauf, nachdem mir ein Gastrostomie-Patient gestorben war, der an einer Phthise litt, von der ich zur Zeit der Operation keine Ahnung hatte. Er hatte keine Lungensymptome. Aus dieser Phthise, bei sorgfältigem auf dem Rücken liegen, entwickelte sich eine Congestion, an der er am 5. Tage zu Grunde ging. Bei jenem Patienten, bei dem ich die Autopsie machen konnte, überzeugte ich mich von dem Vorhandensein der Phthise und der Lungencongestion bei vollständig reactionslosem Verheilen der Magenfistel. Bei dem Patienten, den Sie heute sehen, hätte ich schon am 2. Tage eine ähnliche Erfahrung machen können. Die Temperatur stieg auf 101°, und seine Athmung verschnellerte sich bis auf 36 Resp. Da liess ich ihn sofort aufsitzen; er verliess, wie gesagt, am 3. Tag das Bett, und es ist ihm sehr gut bekommen.

Discussion. Fall Dr. Toeplitz:

Dr. L. Weber: Ich möchte zu dem Fall bemerken, dass bei Glottisoedem Pilocarpin-Einspritzungen gute Dienste thun

können. Persönliche Erfahrung habe ich nicht darüber, möchte aber daran erinnern, dass die ältere Methode, recht ausgiebige Darmenleerungen mit Crotonöl rasch zu erzielen, auch ziemlich gut zum Ziele führt. Ich habe zwei Fälle gesehen, in welchen diese Procedur sich bewährte. — Dr. W. Freudenthal: Das war kein Larynxoedem. Ich habe etwas derartiges noch nicht gesehen. Allerdings habe ich nach chirurgischen Eingriffen in der Nase und dem Nasenrachenraum häufig oedematöse Schwellungen gesehen, meist einseitige. Einige derselben mussten incidirt werden, aber ich kann nicht sagen, ob dieselben auf Nephritis beruhen oder nicht. Jedenfalls ist etwas derartiges wie es hier im Nasenrachenraum vorhanden war, mit unbekannt gewesen, und es war mir sehr interessant, das zu hören. — Dr. Ernst Danziger: Dr. Toeplitz sagte, dass er lokal den suprarenalen Drüsenextract angewendet habe. Es wundert mich nicht, dass er kein gutes Resultat gehabt hat, weil der suprarenale Drüsenextract nur unstringirend auf die Blutgefässe wirkt. Wenn es ein Oedem infolge einer localen Entzündung gewesen wäre, hätte man sich denken können, dass der Extract Gewicht hätte, aber wenn es die Folge einer Nephritis ist, so hat es absolut keinen Werth. — Dr. Boeker: Ich möchte noch erwähnen, dass ich mit Dr. Toeplitz über Anwendung des suprarenalen Pulvers gesprochen habe bei einem Glottisoedem, welches während Erysipelas bei einem Manne von 36 Jahren auftrat. In dem Fall war die Wirkung des Suprarenal ausgezeichnet. Ich gab dem Patienten damals ungefähr 5granige Dosen auf die Zunge und liess das alle halbe Stunde bis alle Stunden wiederholen, und die Athmungserscheinungen besserten sich zusehends. Ich habe es nachher verschiedene Male angewandt bei Entzündungen des Nasenrachenraums, Tonsilitisfällen u. s. w. und habe da auch ganz günstige Resultate beobachtet. Aber wenn ein Oedem auftritt, dem eine Nephritis zu Grunde liegt, so glaube ich auch, dass von einer localen Application des Suprarenals und von anderen derartigen Mitteln nicht viel zu erwarten ist.

Discussion. Fall Dr. Torek.

Dr. Carl Dauber: Der Fall ist in verschiedener Hinsicht sehr interessant. Einmal, was die Lage des Carcinoms betrifft, die ungefähr der Bifurcation der Trachea entspricht. Dies ist eine Stelle, bei der Carcinome des Oesophagus relativ selten sind, da sie gewöhnlicher direct am Eingang des Oesophagus oder unten an der Cardia sitzen. Für die Diagnose ist weiterhin das Bluten selbst bei der vorsichtigsten Sondirung wichtig und speciell bei dem vorliegenden Falle, da bekanntlich an der Bifurcation der Trachea häufig Stenosen auf infolge der Schwellung der Bifurcationsdrüsen eintreten und so eine der Oesophaguswand angehörende Stenose vortäuschen können. In anderer Hinsicht war der Fall interessant wegen der ausserordentlich raschen Heilung der Gastrostomie. Die Gastrostomie hat bis vor einigen Jahren den Ruf genossen, eine sehr unangenehme

und gefährliche Operation zu sein. Daran waren wohl wir inneren Mediciner zum grossen Theile schuld, weil wir die Kranken zu lange haben warten lassen und zu spät zur Operation gebracht haben. Ich habe in den letzten Wochen drei Fälle operirt gesehen an Carcinom der Cardia, die alle innerhalb weniger Tage glatt geheilt sind, und ein Fall hat in Folge der Sondenernährung durch die Magenfistel ausserordentlich an Gewicht zugenommen, in einer Woche 5½ Pfund. Ich möchte diese Gelegenheit aber nicht vorübergehen lassen, ohne auf eine neuere Behandlungsform von Stricturen der Speiseröhre aufmerksam zu machen, wie sie besonders Dr. B o a s versucht hat. Sie besteht aus Oeleingiessungen von bestem, frischem Olivenöl. Dieselben werden in Dosen von Weingläsern voll in die sauber gereinigte und ausgespülte Speiseröhre gegeben, und es sind Fälle beobachtet, in denen Patienten, die vorher kaum mehr tropfenweise Flüssigkeit hinunterbrachten, wieder im Stande waren, dick-breiige Speisen zu schlucken. Dass die Speisen in den Magen hinuntergingen, bewies das Aufhören des Erbrechens und die Gewichtszunahme, so dass die Patienten auch ohne Gastrostomie in einem besseren Zustand wieder kamen. Wir müssen uns diese Wirkung einfach mechanisch denken, indem das Oel die Falten, die bei den zerklüfteten Carcinomen da sind, schlüpfrig gemacht hatte, so dass die Speisen wieder heruntergingen. Immerhin kann diese Oelbehandlung die Gastrostomie nicht ersetzen und die Stellung der Indication zu dieser Operation auch nur 1 Stunde hinausrücken. Ich erwähnte sie aber, weil sie gerade nach der Gastrostomie noch sehr werthvolle Dienste bieten kann. — Mich hat der Fall des Dr. T o r e k besonders wegen der prophylactischen Behandlung interessirt. Mit dem Aufstehen des Patienten verhütete er seiner Ansicht nach eine entzündliche Lungenerkrankung. Es hat mich deshalb sehr interessirt, weil ich schon seit einer ganzen Reihe von Jahren dieselbe Erfahrung gemacht habe und weil ich es auch auf andere Zustände ausgedehnt wissen möchte und es auch ausgedehnt habe, z. B. auf Influenza. Es fällt mir gar nicht ein, jeden Influenza-Patienten ins Bett zu legen, bloss weil er Influenza hat. Im Gegentheil, ich schicke sie häufig an die Luft und erziele damit bessere Resultate, und glaube, dass ich damit auch bei älteren Leuten, bei Kindern und Patienten mit schwachen Herzmuskeln prophylactisch manches Uebel verhütet habe.

Dr. F. T o r e k (Schlusswort): Die Frage des Herrn Dr. D a u b e r betreffs Blutung muss ich dahin beantworten, dass keine nennenswerthe Blutung je stattgefunden hat. Ich habe wohl ein oder zweimal kleine Etreifen Blut an den Bougies gefunden und habe natürlich auch in der Anamnese gefragt, ob Blutungen vorhanden seien. Der Patient weiss nichts von Blutungen. Ich habe selbstverständlich die Sonde auch sehr schonend eingeführt in der Absicht, keine Blutung hervorzubringen. Auch in früheren Fällen habe ich nie nennenswerthe Blutungen beim Bougieren bemerkt. Die Lage des Carcinoms ist genau nach Maass festgestellt.

Es hat mich sehr interessirt, von Dr. Dauber über Oeleingiessungen zu hören. Da die Patienten ja doch zu Grunde gehen, wäre es nicht undenkbar, dass, wenn dies sich bei weiteren Versuchen als erfolgreich erwiese, diese Oeleingiessungen eigentlich die Gastrostomie ersetzen könnten. Darüber müssen die Forschungen sich erst weiter erstrecken. Sollten sie dem Patienten nur temporär helfen, dann wäre es für den Chirurgen doch eine grosse Hülfe, den Patienten zu kräftigen, eh er die Gastrostomie vornimmt. Jedenfalls ist es eine Lehre, die der Chirurg wie der innere Arzt beherzigen kann, durch Oeleingiessen die Strictur zu erweitern.

Dr. Jos. Fraenkel: Präparat von Hirnabscess.

Das Präparat, welches ich Ihnen vorzeige, zeigt an der Stelle, wo das Papier eingesteckt ist, einen Abscess. Die Geschichte dieses Präparates ist kurz folgende: Der Patient kam im September vorigen Jahres wegen alter Osteomyelitis ins Montefiore Home. Er erzählte, dass er 4 Wochen vor Eintritt ins Hospital, eines Morgens mit rechtsseitiger Facialislähmung erwachte. Er führte das auf Zugluft zurück. Die Untersuchung ergab eine Fistelgänge im rechten Hüftgelenke und vollständige rechtsseitige periphere Facialislähmung, die alle drei Aeste des Facialis ergriff. Es fand sich keine nennenswerthe Störung im Gehör. Es war keine Geschmackstörung da, und keine Störung in der Beweglichkeit des weichen Gaumens. Mit diesen Symptomen befand sich der Patient recht gut bis zum December des letzten Jahres. Am 14. December Morgens war er plötzlich bewusstlos. Als ich ins Hospital kam, fand ich ihn bewusstlos. Temp. 104, bedeutende Trübung und Schwellung der rechten Cornea. Ich machte die Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Metastatische Meningitis. Der Patient bekam Quecksilbereinreibung, und am nächsten Morgen war er wieder bei Bewusstsein, jedoch ziemlich somnolent. Er klagte über heftiges Kopfweh, und hatte auch einige Male erbrochen.

(Fortsetzung folgt.)

Therapeutische und klinische Notizen.

— *Eine neue Methode der Quecksilbertherapie.* Angeregt durch Merget, der die Syphilis behandelte, indem er ein mit reducirtem Quecksilber imprägnirtes Flanelltuch in das Kopfkissen des Patienten einlegte, und durch Welander, der zeigte, dass statt der gewöhnlichen Einreibung es genüge, die graue Salbe auf einen Flanellappen zu streichen und diesen Tag und Nacht auf der Brust tragen zu lassen, sann A. Blaschko auf eine Methode, bei der es möglich wäre, einen Stoff anders als mittelst der auch für den Patienten sehr schmutzigen grauen Salbe zu imprägniren und diesen Stoff so lange auf der Brust

tragen zu lassen, als noch Hg auf demselben verdampfe. Es gelang ihm nun mit Hülfe der bekannten Firma P. Beiersdorf & Co. in Hamburg einen derartigen zu therapeutischen Zwecken leicht verwendbaren Stoff herzustellen und zwar durch Imprägnirung eines gewöhnlichen Baumwollstoffes mit einer 90 Proc. Quecksilber enthaltenden Salbe. Der Stoff, dem von der Firma Beiersdorf der Name *Mercolint* beigelegt worden ist, ist so vollkommen gleichmässig imprägnirt, dass weder von dem Quecksilber noch von der Salbe, die in den Stoff eingedrungen ist, irgend eine Spur sichtbar ist. Aus diesem Stoff nun hat B. Schürze herstellen lassen, die von den Patienten Tag und Nacht auf der Brust getragen werden. Die Schürze kommen in drei Stärken zur Verwendung. Der Mercolintschurz No. 1 enthält ca. 10 gr Quecksilber und würde nach den angestellten Versuchen bei 35 Grad C. täglich etwa 20 cgm Hg durch Verdunstung abgeben. In praxi ist die Abgabe noch etwas stärker, da schon nach etwa 4 Wochen der Schurz völlig weiss geworden ist, somit sein Hg ganz oder zum grössten Theil abgegeben hat. Die Schürze No. 2 und No. 3 enthalten je ca. 25 resp. 50 gr Hg.

Von dem verdunstenden Quecksilber wird natürlich nur ein kleiner Bruchtheil von dem Träger des Schurzes aufgenommen. Diese Aufnahme aber wird erwiesen einmal durch das Auftreten von Quecksilber im Urin, ferner durch das sehr häufige Auftreten von Stomatitis und Speichelfluss, und schliesslich durch die Einwirkung auf den Syphilisprocess. Es gelingt nämlich in der That auf diese einfache Weise, die verschiedensten syphilitischen Erscheinungen: Roseola, Papeln, Schleimhautplaques, syphilitischen Kopfschmerz, periostitische Auftreibungen u. s. w. zum Schwinden zu bringen. B. will aber nicht verhehlen, dass in anderen hartnäckigeren Fällen die Wirksamkeit des Mercolint-Schurzes — wenigstens des 10 gr Hg enthaltenden — hinter der einer energischen Schmiercur zurücksteht, noch mehr hinter der Injection unlöslicher Hg-Präparate.

B. hat den Schurz stets Tag und Nacht tragen lassen; doch kann man ihn natürlich auch nur entweder am Tage oder in der Nacht appliciren; freilich muss der Schurz dann in der Zwischenzeit sorgfältig in Wachspapier aufbewahrt werden. Bei ständiger Bettruhe ist, wohl der gleichmässigen Bettwärme wegen, die Wirkung eine bei weitem schnellere und stärkere; doch wird der Schurz voraussichtlich hauptsächlich bei ambulanten Patienten Aufnahme finden. Will man die Verdunstungsfläche vergrössern, so kann man gleichzeitig zwei Schürze, einen auf der Brust, einen auf dem Rücken tragen lassen.

Da der Schurz nur die Aufnahme mässiger Hg-Mengen ermöglicht, so ist er nicht indicirt, wo man wegen ernster oder gar gefahrdrohender Symptome eine schnelle und energische Hg-Wirkung erzielen will. B. räth daher seine Leistungsfähigkeit nicht bei frischer Erkrankung und schweren Recidiven zu erproben; sein Wirkungsgebiet ist da, wo wir einer milderen Hg-Wirk-

ung bedürfen, also bei allen leichteren Recidiven zur Unterstützung der localen Behandlung, als Nachcur nach anderen Methoden, zu intermediären Curen bei der Fournier-Neisser'schen Methode, bei syphilitischer Anaemie, bei Graviden, bei Säuglingen, sowie bei allen schwächlichen und heruntergekommenen Kranken, überhaupt bei allen Patienten, die eine leichtere, weniger auffällige Cur durchmachen sollen. Auch scheint es B. möglich, dass man, nachdem einmal eine stärkere Cur durchgemacht ist, durch monatelang fortgesetztes Tragen solcher Schürze weitere Recidive verhüten und auf diese Weise eine periodisch wiederholte Cur ganz ersparen könnte. (Berliner klin. Wochenschr. 1899, No. 46.)

— *Quellsalzseifen und die Anwendung derselben bei Hautkrankheiten.* Die Verwendung medicinischer Seifen durch Hebra, Unna, Eichhoff u. A. riefen in Bardach den Gedanken wach, ein Seifenpräparat herzustellen, welches die Bestandtheile der Kreuznacher Soolquellen in einer wirksamen Form enthalten und es ermöglichen sollte, bei der Behandlung von Hautkrankheiten, die in Kreuznach mit so grossem Erfolg vorgenommen wird, eine möglichst directe und intensive Einwirkung der Salze der Kreuznacher Quellen auf die kranken Hautpartien auszuüben. B. liess nunmehr derartige Präparate durch Dr. K. Aschoff in Kreuznach anfertigen und waren ihm hierfür folgende Gesichtspunkte und Erwägungen maassgebend:

Die Kreuznacher Soole enthält neben Chlornatrium und den Jod- und Bromverbindungen wesentliche Mengen Chlorcalcium; dasselbe setzt sich in Berührung mit einer Kali- oder Natronseife sofort zu unlöslichem und wohl auch unwirksamem fettsaurem Kalke um, und es konnte eine besondere Wirkung des Chlorcalciums, welches bei den Kreuznacher Soolbädern sicherlich eine bedeutende Rolle spielt, in den Seifen daher nicht erwartet werden. Im Gegentheil war es eher wünschenswerth, das Chlorcalcium zum Theil vor der Herstellung der Seifen aus dem concentrirten Soolwasser zu entfernen, da grössere Mengen des fettsauren Kalkes die Seife zum Theil unlöslich und ungleichmässig machten. Ebenso durfte eine überfettete Seife als Grundlage nicht gewählt werden, da solche Seifen saure Reaction annehmen können und dann die Jod- und Bromverbindungen zersetzen müssen. B. lässt daher als Grundlage eine aus reinsten Materialien hergestellte Natronseife nehmen und zu dem noch flüssigen Seifenleim das vorher eingedampfte Soolwasser zusetzen.

Die Seifen zeichnen sich vor ähnlichen Präparaten besonders durch ihren hohen Gehalt an Salzen, vor allem Jod- und Bromverbindungen aus. Derselbe ist ein so grosser, dass man das Jod sofort an der Blaufärbung erkennen kann, die eintritt, wenn man zu den aus einem kleinen Theilchen Seife und etwas Wasser erhaltenen Lösung nach Zugabe einiger Tropfen Stärkelösung eine Spur rauchender Salpetersäure zufügt. Der Nachweis von Brom neben Jod gelingt ebenfalls sehr leicht.

Nach diesen Principien sind bis jetzt folgende Präparate hergestellt worden:

1) Die *Kreuznacher Jod-Brom-Soda-Seife No. I.* Dieselbe enthält ausser den übrigen Salzen der Quellen, die in Form einer concentrirten Salzsoole zugesetzt werden, Jodnatrium 1,3 Proc. Sie ist schwach alkalisch und bildet weisse, angenehm parfümirte Stücke.

2) Die *Kreuznacher Seife No. II. Jod-Brom-Schwefelseife.* Diese Seife hat den Vorzug, dass in ihr der Schwefel wirklich als Schwefelmilch enthalten ist und nicht mehr oder weniger in übelriechendes Schwefelalkali übergegangen ist.

3) Die *verstärkte Kreuznacher Jod-Brom-Sodaseife No. III.* Hier ist der Jodgehalt der doppelte der Seife No. I und die Menge des zugesetzten Alkali eine genügend grosse, um eine starke keratolytische Wirkung hervorzurufen.

Die Anwendung der Seife No. I wird sich in allen den Fällen empfehlen, in welchen man eine nur oberflächliche Einwirkung der Quellsalze auf die Haut erzielen will. Besonders kommen in Betracht leichtere Formen von Acne, Ichthyosis und alle solche Fälle, bei welchen nach Anwendung der stärkeren Seifen noch eine längere Einwirkung ohne ärztliche Ueberwachung erwünscht ist. Sodann Adenitis, mag sie als Begleiterscheinung von Hautreizen irgend welcher Art auftreten oder auf scrophulöser oder lymphatischer Grundlage beruhen. Man kann hier je nach der Empfindlichkeit der Haut entweder einfache Seifenabwaschungen in oder ausser dem Bade vornehmen oder längere Zeit einwirken lassen. Will man eine noch stärkere resorbirende Wirkung auf Drüsen erzielen, so ist dies leicht durch Umschläge von Seifenbrei auf die betreffenden Partien zu erreichen.

Die schwefelhaltige Seife No. II leistet bei allen Mycosen der Haut gute Dienste und ist besonders da empfehlenswerth, wo ausser der antimycotischen Wirkung auch ein reducirender Einfluss erwünscht ist. Sie findet Anwendung bei Seborrhoea, Prurigo, Acne, Lichen, Sycosis und überhaupt bei allen Hautkrankheiten, welche mehr oder weniger auf parasitärer Basis beruhen, wie Scabies, Pityriasis versicolor u. a.

Die stärker alkalische Seife No. III muss naturgemäss eine intensivere keratolytische Wirkung ausüben und hat deshalb ihre Vorzüge bei Behandlung inveterirter Eczeme, Psoriasis, Ichthyosis wie überhaupt bei allen Keratosen.

Um eine gleichzeitige Einwirkung der Quellsalze und des in der Dermatologie so geschätzten Theers in bequemer Weise zu ermöglichen, hat B. noch eine Seife No. IV, die *Jod-Brom-Theerseife*, herstellen lassen, welche ausser den Salzen der Seife No. 1 noch 3 Proc. Ol. Cadinum enthält und besonders in Fällen von Pruritus und bei chronischen Eczemen mit Erfolg Verwendung findet.

Eine Combination der Wirkung des so bewährten Hebra'-

schen Seifengeistes und der Soolwassersalze erzielt man mittelst der flüssigen *Jod-Brom-Glycerinseife.* Dieselbe enthält ausser den übrigen Salzen 1 Proc. Jodnatrium und bildet eine angenehm parfürmirte, gelbliche Flüssigkeit. Die Anwendung derselben ist eine sehr bequeme bei der Behandlung behaarter Körperstellen, und es war eine günstige Wirkung bei Pityriasis capitis, der Psoriasis und Seborrhoea des Kopfes und in allen Fällen, bei welchen eine vorhergehende Reinigung des Kopfbodens für daran sich anschliessende Auftragung von Salben erforderlich war, stets zu beobachten.

Je nachdem man die Seifen einfach zum Waschen benutzt, oder den Schaum kürzere oder längere Zeit auf die kranken Stellen einwirken lässt, kann man eine mehr oder weniger intensive Wirkung derselben erreichen. Ein Brei aus geschabter Seife mit Wasser, welchen man mit Hülfe von Lint und Guttaperchapapier auflegt, wird eine sehr intensive Einwirkung hervorbringen. Ein oder einige Stücke der Seife, in warmem Wasser gelöst, können zu Hand- und Fussbädern etc. dienen, deren Effect durch verschiedene Stärke und Dauer leicht nach Wunsch geändert werden kann. (Dermatolog. Zeitschr. von Prof. Dr. O. Lassar in Berlin.)

— *Duotal.* Die Nachtheile, die eine längere Zeit fortgesetzte Kreosottherapie mit sich bringt, sind zur Genüge bekannt. Dasselbe muss deshalb in vielen Fällen bald ausgesetzt werden. Die Vortheile des Kreosots nun, doch ohne dessen Nachtheile, finden wir im Duotal. Dasselbe ist 90.5 Proc. reines Guajacol, chemisch gebunden an Kohlensäure. Es bildet ein weisses, crystallinisches, geruch- und geschmackloses, in kaltem Wasser unlösliches Pulver, das ohne jedwede, wie immer geartete Beschwerde vertragen wird.

Versuchsweise wurde das Duotal in der Heilanstalt Alland einer Reihe von Kranken verabreicht. Pollak berichtet über diese Versuche Folgendes: Es wurden hauptsächlich solche Patienten ausgewählt, bei denen in Folge von Appetitlosigkeit keine Gewichtszunahmen zu constatiren waren. In den ersten vier bis fünf Tagen wurde täglich nach dem Mittagessen 0,5 g in einer Dosis (in Oblaten) gegeben. Nach dieser Zeit wurde die Dosis verdoppelt, nach einigen Tagen 1,5 g, in drei Dosen vertheilt, täglich verabreicht, schliesslich bis auf 4,0—5,0 langsam gestiegen und diese Gabe längere Zeit hindurch täglich gegeben. Im Ganzen nahmen 32 Patienten zwei Monate hindurch das Präparat, darunter zwei ambulatorisch behandelte Kranken. In fünf Fällen wurde die Behandlung mit Duotal nach drei Wochen aufgegeben, da der Appetit der Patienten sich verschlechterte, während in den übrigen Fällen eine erhebliche Besserung des Appetites zu verzeichnen war. In den zwei ambulatorisch behandelten Fällen war schon nach 14 Tagen eine Gewichtszunahme von 1,6 kg, respective 1,4 kg zu constatiren. Zweimal wurde bei hartnäckiger Obstipation sehr guter Erfolg gesehen, indem schon nach vier-

wöchentlicher Verabreichung von Duotal in der obigen Dosirung regelmässiger Stuhlgang eintrat. Ein Kranker nahm anfangs täglich eine Dosis von 1,0 g, nach vier Tagen 3,0 g auf einmal, längere Zeit hindurch. Patient, der früher an auffallender Appetitlosigkeit gelitten, ass nach 1½ Wochen mit gutem Appetit und nahm in vier Wochen 3,0 kg zu. Eine Patientin kam mit einem Gewichte von 51,4 kg in die Anstalt. In vier Wochen änderte sich das Gewicht; es wurde Duotal verordnet und schon nach acht Tagen betrug das Gewicht 52,7 kg.

Duotal ist infolge seiner appetiterregenden Eigenschaft sowohl für die Spitals- wie auch die Privatpraxis jedenfalls zu empfehlen, aber auch in den geschlossenen Heilanstalten neben der diätetisch-hygienischen Behandlung als ein nicht zu unterschätzendes Hülfsmittel zu betrachten. (Wiener klin. Wochenschr., 1900, No. 3.)

Kleine Mittheilungen.

— Die Deutsche Medicinische Gesellschaft von Chicago hat beschlossen, von jetzt ab ihre Sitzungsberichte officiell in dieser Monatsschrift zu veröffentlichen.

— Das Centralcomitê der deutschen Vereine vom Rothen Kreuz entsandte am 24. März eine *dritte Abordnung nach Südafrika*, die als Ablösung oder Ergänzung der bereits dort befindlichen Verwendung finden soll. Sie besteht aus den beiden Aerzten Dr. Strehl, Assistent der kgl. chirurgischen Universitätsklinik in Königsberg, Dr. Sthamer, Assistent der kgl. chirurgischen Universitäts-Poliklinik in Leipzig und 5 Krankenpflegern. (Münchener Med. Wochenschr. 1900, No. 13.)

— Zu dem *Tuberculosencongress*, der vom 25. bis 28. April in Neapel abgehalten werden wird, hat das deutsche Centralcomité zur Errichtung von Lungenheilstätten die Herren v. Leyden und Pannwitz als Vertreter bestimmt. (Ibidem.)

— Die Roessler & Hasslacher Chemical Co. sieht sich veranlasst, die Aerzte darauf aufmerksam zu machen, dass in letzter Zeit vielfach an Stelle des *Citrophen-Roos* andere Präparate substituirt werden, die, weil minderwerthig, nicht die allerseits anerkannten vorzüglichen therapeutischen Eigenschaften des echten Citrophen-Roos besitzen.

— *Automatische Luftpumpe.* Die Auto-Electric Air Pump Co. stellt jetzt eine äusserst niedliche und kleine Luftpumpe her, die nur einen Raum von 10 Cubiczoll einnimmt und von einem electrischen Motor von 6 Pferdekräften in Bewegung gesetzt wird. Dieselbe empfiehlt sich sehr für Aerzte zum Betrieb von Zerstäubern bei der Behandlung von Krankheiten des Kehlkopfes, der Nase, der Ohren und Augen. Die Betriebskosten sind äusserst gering.

— Lehn und Fink haben soeben ein kleines Büchlein veröffentlicht, betitelt: *Progress in Pharmacy and Therapeutics.* Dasselbe enthält eine recht dankenswerthe Zusammenstellung der modernen Heilmittel, ihre chemische Zusammensetzung und therapeutische Verwendung. Das sehr empfehlenswerthe Büchlein wird, wie uns die Herausgeber mittheilen, Aerzten, welche sich dafür interessiren, auf Wunsch gratis verabreicht.

— Dr. *Unna's Dermatologische Preisaufgabe für* 1900 lautet: Es soll untersucht werden: Die feinere Architectur der primären Hautcarcinome und insbesondere die bei ihnen obwaltenden verschiedenen Beziehungen zwischen Epithelwucherung und Bindegewebswiderstand. Die Bewerbung ist unbeschränkt. Der Preis beträgt 300 M. Die Arbeit ist bis Anfang December 1900 bei der Verlagsbuchhandlung Leopold Voss in Hamburg, Hohe Bleiche 34, einzureichen. Sie ist mit einem Motto zu versehen; das gleiche Motto ist auf dem Umschlag eines beizulegenden Briefes, welches Namen und Addresse des Verfassers enthält, anzubringen. Die Herren Professoren Hauser-Erlangen, Nauwerck-Chemnitz und Orth-Göttingen haben es übernommen, die einlaufenden Arbeiten zu prüfen.

— *Hochschulnachrichten.* Heidelberg. Geheimrath Gegenbaur ist von der Berliner Academie der Wissenschaft zum correspondirenden Mitglied ernannt worden.

Leipzig. Dr. Romberg, a. o. Professor für innere Medicin an der Universität und 1. Assistent der medicinischen Klinik, ist als o. Professor an die Universität Marburg berufen worden. Er übernimmt dort als Nachfolger Prof. Krehl's die Leitung der medicinischen Universitäts-Poliklinik.

München. Der Assistent am anatomischen Institut, Dr. Ludwig Neumayer, wurde als Privatdocent in die medicinische Facultät aufgenommen.

Graz. Prof. Dimmer in Innsbruck wurde zum Ordinarius für Augenheilkunde in Graz ernannt.

Prag. Privatdocent Dr. Ewald Hering wurde zum a. o. Professor für allgemeine und experimentelle Pathologie ernannt.

Odessa. Die neue Universität erhält im kommenden Sommer eine medicinische Facultät. (Münchener Med. Wochenschr. 1900, No. 13.)

— *Wohnungswechsel.* Dr. J. G. Weber wird am 1. Mai seine Wohnung nach 333 Zweite Avenue verlegen.

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen u. s. w., sind zu richten an: Medical Monthly Publishing Co., 36 Beekman Street, New York. Manuscripte und Anfragen bezüglich des Inhalts an den Redakteur, Dr. A. Ripperger, 126 Ost 122. Str., N. Y. City.

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Städte New York, Cleveland und Chicago.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XII. New York, Mai 1900. No. 5

ORIGINALARBEITEN.

Die Medicin vor hundert Jahren.*)

Von Dr. Adolph Decker, Chicago.

Wenn man zu einer richtigen Auffassung der Medicin des 18. Jahrhunderts kommen will, so muss man von vornherein zwei Dinge scharf auseinanderhalten: den eigentlichen Inhalt des medicinischen Wissens der damaligen Zeit, die Gesammtsumme der durch Erfahrung und Beobachtuung gewonnenen Erkenntniss und die medicinischen Systeme. Es war der Fluch der Medicin von Alters her, dass sie Jahrtausende lang unter der Herrschaft der jeweiligen Zeitphilosophie stand und litt, dass sie, wie die Philosophie, am grünen Tische Gebäude construirte, unbekümmert um die Aussenwelt und um die wirklichen Thatsachen. Selbst Hippocrates und Aristoteles waren nur so lange gross, als sie vollständig auf dem Boden der Erfahrung standen, aber überall klein, wo sie sich in müssige Speculationen verloren und sich an Erklärungsversuche über ihnen unbekannte Dinge wagten. Wollte man ironisch sein, so könnte man ein medicinisches System kurz definiriren als einen solchen Erklärungsversuch ohne materielle Grundlage. Man construrirte den Oberbau, ohne das Fundament zu kennen resp. ohne dem Fundament überhaupt genügende Beachtung zu schenken. So hing das Ganze in der Luft, und jeder kräftige Windstoss musste es über den Haufen werfen.

Unsere gegenwärtige Medicin sticht, abgesehen von allem andern, schon darum unendlich von früheren Zeiten ab, steht

*) Vortrag, gehalten am 11. Januar 1900 in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft von Chicago.

darum so thurmhoch über ihnen, weil sie sich ganz in den Grenzen des Thatsächlichen hält und sich nicht zu vornehm dünkt, von dem, was sie nicht weiss, ihre Unwissenheit auch freimüthig einzugestehen. Wir halten das für etwas Selbstverständliches, aber die Geschichte der Medicin lehrt uns, dass es lange, lange Zeit gedauert hat, zu dieser einfachen Wahrheit sich durchzuringen, und lehrt uns ferner, dass es gefährlich ist und auf Irrwege führen muss, diese Bahn, wenn sie auch beschwerlich und zeitraubend ist, zu verlassen.

Wenn auch erleuchtete Aerzte aller Zeiten in ihrem practischen Handeln sich vielfach von dem Systeme emancipirten und am Krankenbette Bedeutendes leisteten, so war doch die Masse der Aerzte völlig unter dem Einflusse des einen oder anderen Systems. Die Laienwelt wusste das und betrachtete die Anhängerschaft eines Arztes an ein System als etwas Natürliches. Joh. Gg. von Zimmermann, einer der bedeutendsten Aerzte des vorigen Jahrhunderts, wurde von dem alten Fritz gefragt: „Nach welchem Systeme behandeln Sie Ihre Kranken?“ Worauf Zimmermann allerdings erwiederte: „Nach keinem, Ew. Majestät.“ Aber obwohl Zimmermann ein berühmtes Buch schrieb, „Von der Erfahrung in der Arzneikunst“, das heute noch lesenswerth ist, so spottet er doch über Dinge, worüber wir heutzutage den Spott für unverständlich und ungerechtfertigt halten. So sagt er z. B.: „Man hält denjenigen für einen Practicus, auf dessen Stube man anstatt der Bücher eine grosse Menge Uringläser stehen sieht, in die der Herr Doctor gewöhnlich selbst pisst.“

Das herrschende System für anderthalb tausend Jahre war das Galenische. Der Mann, der zuerst Bresche in dieses gekünstelte Gebäude schoss, war der Schweizer Paracelsus im 16. Jahrhundert. Man mag über Paracelsus und den Werth oder Unwerth seiner Schriften und Lehren denken, wie man will, das grosse Verdienst ist ihm nicht abzustreiten, dass er das Galenische System zu Fall brachte. Denn so gross Galen der Anatom ist, so werthlos war das von ihm aufgestellte System. Paracelsus setzte nichts Besseres an seine Stelle — und von da an bis zum Ende des 18. Jahrhunderts tritt eine ganze Anzahl von Systemen in die Oeffentlichkeit, von welchen die verbreitetsten die von v. Helmont, Friedrich Hoffmann, Stahl und John Brown waren.

Von Helmont war ein belgischer Arzt und lebte im 17.

Jahrhundert. Sein System hat Anklänge an das des Paracelsus: Im gesunden und kranken Zustande des menschlichen Körpers hängen alle Erscheinungen von einem geistigen, von den Elementen verschiedenen und unabhängigen Wesen ab, das er Archäus nannte. Dieser Archäus baut mit Hülfe eines Fermentes alle Körper. Wasser ist das einzige Element, der wahre Urstoff aller Dinge, aus welchem sich der Archäus bildet. In dem Magen hat er seinen Sitz und durch ihn ist der Mensch sehr nahe mit der Geisterwelt verwandt. Ausser dem Magen beherrscht der Archäus zunächst die Milz, und diese beiden Eingeweide haben das Duumvirat im Körper, keines kann ohne das andere wirken. Weder in den 4 Cardinalsäften, noch in einer Anlage, noch in der Einwirkung äusserer Dinge ist der Ursprung des Archäus zu suchen, sondern das Leiden des Archäus, der Schrecken, der Zorn und andere Leidenschaften desselben, sind die nächsten Ursachen aller Krankheiten u. s. w. Helmont's Heilmethode in Krankheiten ist: Der aufgebrachte Archäus ist zu beruhigen oder der zu unthätige in Bewegung zu setzen oder der irrende auf den rechten Weg zu leiten, seine unordentliche Thätigkeit in Ordnung zu bringen.

Friedrich Hoffmann, dessen Name heute noch durch den Liquor anodynus auch beim Publicum bekannt ist, construirte ein System, dessen Grundgedanken weniger phantastisch sind. Alle Erscheinungen in der organisirten Natur haben ihren Grund in der Bewegung der Materie. Die Materie besteht aus Elementen und den aus ihnen zusammengesetzten sichtbaren Theilen. . . . Die vires motrices des Körpers sind einer dreifachen Veränderung fähig, sie lassen sich vermehren, vermindern und abändern, alles durch Zusatz oder Entziehung eines Stoffes. . . . Das Leben besteht in Bewegung und dem von ihr abhängenden Kreislauf. Die Bewegung ist es, die den Körper gegen Zerstörung und Fäulniss schützt. Die Krankheiten bestehen in gestörter Bewegung, Krampf spielt daher in der Hoffmann'schen Pathologie die Hauptrolle. Der Magen ist ihm immer der vornehmste Theil, auf dessen Zustand der Arzt bei Beurtheilung und Heilung der Krankheiten zu sehen hat. Die Wirkung der Arzneimittel ist durchaus mechanisch, beruht auf allgemein physischen Gesetzen und muss nach Versuchen, Beobachtungen und Erfahrungen bestimmt werden, nicht nach Hypothesen. Gute Krankengeschichten, die sich blos auf das Historische beschränken, sind daher die wahre Basis der Heilkunst.

Stahl's System bildet einen Gegensatz zu dem Hoffmann'schen. Nach Stahl ist es die Seele, anima, welche, nicht unähnlich dem Helmont'schen Archäus, den Körper dirigirt und den todten Stoff belebt. Krankheiten sind nichts anderes als die von der Seele angeordneten, nach ihrem Zwecke immer heilsamen Bewegungen, den Körper von einem Uebel zu befreien, schädliche Materien auszustossen und das Gleichgewicht in den Actionen wieder herzustellen. Das ist der Fall bei Fiebern und bei allen krampfhaften Krankheiten, wo die Seele in verstärkten Bewegungen dem Feinde entgegentritt, den Kreislauf beschleunigt und heilsame Ab- und Aussonderungen bewirkt. Vollblütigkeit ist der grosse und mächtige Feind der Gesundheit. Andere Fehler in den Säften giebt es nicht, oder sie sind, wie Verdickung, Stockung etc. Folgen der Vollblütigkeit. Stahl sah den Haemorrhoidalfluss nicht nur als eine heilsame, sondern als eine dem menschlichen Körper natürliche und nothwendige Ausleerung an, die man auf alle Weise befördern musste, um anderen grösseren Uebeln vorzubeugen. Was die Behandlung betrifft, so war Stahl der Ansicht, dass die Seele ihren Körper heile, dass der Mensch seinen Arzt in sich selbst habe, der ihm dienlicher sei als alle Hülfsmittel der Kunst.

Das Brown'sche System, auch Brunonianisches genannt, wurde im Jahre 1780 bekannt. In Schottland, der Heimath Brown's, und England fand es keinen Anklang, dagegen wurde es namentlich in Deutschland sehr günstig aufgenommen und gewann u. A. Joseph Frank, Professor in Pavia, für sich, den Sohn des berühmten Joh. Peter Frank, des Verfassers der medicinischen Polizei. Der Hauptgesischtspunkt der Brown'schen Lehre ist, dass eine Summe von Reizen zum Leben erforderlich ist, da die Fähigkeit zum Leben Erregbarkeit voraussetzt. Jene Reize heissen erregende Potenzen und unsere Säfte selbst, ja alle Funktionen werden als solche aufgestellt, so dass jede Erregung zum neuen Reiz wird, der eine Erregung herbeizuführen im Stande ist. Die Krankheiten werden eingetheilt in sthenische und asthenische; erstere sind die Krankheiten von zu grosser Stärke der Erregung, letztere von zu grosser Schwäche der Erregung. Die asthenischen Krankheiten müssen mit stimulirenden Mitteln, die sthenischen mit schwächenden behandelt werden.

Alle diese Systeme, sowie die übrigen, die ich wegen ihrer geringeren Verbreitung nicht angeführt, haben, wie bereits er-

wähnt, das Gemeinsame, dass sie im Kopfe des betr. Verfassers entstanden und das Unbekannte auf deductivem Wege zu enträthseln suchten. Trotz dessen wurden sie mit einer grossen Zähigkeit festgehalten, so dass Heinrich Rohlfs in seiner Geschichte der deutschen Medicin mit Recht sagt, dass alle Systematiker bestrebt waren, die Medicin in das Procrustesbett ihres Systems einzuzwängen, vor allen Dingen aber die Therapie nach ihrer einseitigen Theorie kanonisch auszuüben. Ja es kam vor, dass man sich nicht entblödete, über allen Zweifel feststehende Thatsachen für unrichtig zu erklären, lediglich deshalb, weil sie nicht in das System passten. Eine weitere Folge dieser Zustände war, dass selbst Aerzte, die keinem System huldigten, von der raschen, souveränen Aburtheilung angesteckt, einerseits sich dem guten Neuen ohne Prüfung verschlossen und andererseits zu schnell bereit waren, Behauptungen ohne genügenden Beweis aufzustellen.

Gehen wir mehrere hundert Jahre weiter zurück, so finden wir derlei Behauptungen in grösserer Zahl, und sie sehen eher aus als wenn sie einem Zauberbuche, denn den Werken eines in seinen Tagen hervorragenden Arztes entnommen wären. So finden wir in Savonarola, dem Grossvater des bekannten religiösen Märtyrers, folgende Sätze (aus dem 15. Jahrh.): Si lac mulieris super urinam aegri natabit, vivet. Wird eine Brennessel auf den Urin des Kranken geworfen und die Nessel ist nach Ablauf eines Tages noch nicht verwest, so ist das ein Zeichen der Gesundheit. Wird einem Hunde der Stuhlgang eines Kranken vorgeworfen und der Hund frisst ihn, so wird der Kranke am Leben bleiben. — Ambroise Paré, der bedeutende französische Chirurg des 16. Jahrhunderts, sagt: Kummer ist gut für Fettleibige. Verwundete Glieder werden bei herrschendem Südwind leicht gangränös. — Helmont (im 17. Jahrh.) leitet die Syphilis aus der fleischlichen Vermischung eines Menschen im Heere vor Neapel mit einem rotzigen Pferde ab. — Werlhof, der grosse Arzt des 18. Jahrh., dessen Namen noch heute der von ihm beschriebene Morbus maculosus trägt, urtheilt folgendermaassen über gichtische Ablagerung: „Mir scheint, die podagrische Materie nichts anderes zu sein, als ein Theil wahren Blutes, welches mit Nahrungssäften, galligten Theilchen und verdorbenen Samentheilchen gleichsam angeschwängert ist.“ — Röderer, Professor in Göttingen, schreibt über den Icterus neonatorum: „Die Ursache liegt in dem Schleime, dem Meco-

nium der Intestina oder der Milch und anderer Nahrung, die nicht blos durch ihre Zähigkeit den Ductus choledochus verstopfen, sondern auch die Eingeweide reizen und mit Blähungen anfüllen. Wenn dieselben nicht gereinigt sind und man den Kindern statt der Milch feste Bestandtheile giebt, z. B. dicken Brei aus Mehl, wie es in Göttingen Sitte ist, so ballt sich dieses im Zwölffingerdarm zusammen und verstopft den Ausführungsgang des Duct. choledochus." Eine grosse Rolle spielte auch die Metaptosis oder der Metaschematismus, d. h. die Möglichkeit einer Krankheit, direct in eine andere überzugehen. So z. B. spricht Wagler in dem berühmt, auf lange Jahre in seinen Schlussfolgerungen maassgebend gewesenen Buche de morbo mucoso von dem Uebergang der kalten Fieber in Ruhr und dieser in den morbus mucosus. — Auch über die Sexualkrankheiten war man im 18. Jahrhundert noch nicht zu vollständiger Klarheit gekommen. Aug. Hirsch sagt in einer historisch-geographischen Pathologie: „Die eigentliche Basis dieser Identitäts- oder Aehnlichkeitslehre zwischen Aussatz und Syphilis bildet ein grosser diagnostischer Irrthum, der so alt zu sein scheint, als die wissenschaftliche Anschauung und Beurtheilung des Aussatzes selbst und der trotz constatirter Thatsachen sich noch immer in der historisch pathologischen Forschung zu behaupten vermocht hat — ich meine die offenbare Verwechslung zwischen dem Aussatz und secundären oder tertiären Formen der Syphilis — bis in das 18. Jahrhundert hinein." Aber nachdem endlich die Trennung zwischen Lepra und Syphilis vollzogen war, hatte man noch nicht die Verschiedenheit von Syphilis und Gonorrhoe erkannt, und selbst der alte Heim stand in den ersten Decennien des gegenwärtigen Jahrhunderts noch auf dem Standpunkt, dass sich die Lues zur Gonorrhoe verhalte, wie die Variola zur Varicelle, d. h., dass sie verwandte Krankheiten seien.

Einem anderen Leiden wurde noch im 18. Jahrhundert eine grosse, uns ganz unverständliche Bedeutung zugeschrieben, nämlich der Krätze. Am weitesten ging hier Hahnemann, der Begründer der Homoeopathie, nach dessen Ansicht sieben Achtel aller vorkommenden chronischen Krankheiten von ihr als einziger Quelle ausgehen (in das andere Achtel theilen sich Sycosis und Syphilis oder eine Complication von zweien oder dreien dieser „miasmatisch-chronischen" Krankheiten). Franz Anton May erzählt in seinem 1798 erschienenen Buche „Stolpertus, ein junger Arzt am Krankenbett" den Fall eines Schneider-

gesellen, der offenbar an Phthise litt, und erklärt es für Krätze. Er sagt wörtlich: Die Trachea dieses armen Tropfes war bis in die entferntesten Vasa bronchialia krätzig. Sollte man ihm nicht ein Blasenpflaster statt hinten im Rücken, vorne auf den Hals in der Gegend der Luftröhre legen und auf beide Arme den Seidenbart?" Die Krätze bietet eine vortreffliche Illustration für die bedauerliche Thatsache, dass neue Wahrheiten sehr schwer Eingang in die Wissenschaft fanden. Schon im 17. Jahrhundert hatte der Italiener Bonomo von einem Waschweibe erfahren, dass Insecten in der Krätze seien. Im Jahre 1781 hatte Wichmann in Hannover die Existenz der Krätzmilbe über allen Zweifel festgestellt, andere Forscher konnten seine Ansichten bestätigen, aber noch im Jahre 1846 leugnete Schönlein das Vorkommen der Krätzmilbe resp, ihre ätiologische Bedeutung. Muss uns hier nicht der unglücklich Semmelweis einfallen, einer der grössten Aerzte und Wohlthäter der Menschheit, der einen Ehrenplatz neben Lister verdient und den zeitgenössische Verlästerung und Verspottung in das Irrenhaus trieb? Die von ihm aufgestellte Ansicht von der Verderblichkeit des Leichengiftes auf die Genitalien Kreissender wurde ihm nicht geglaubt, trotzdem er die Richtigkeit durch Zahlen nachwies.

Ueberhaupt über die Aetiologie des Puerperalfiebers waren die deutschen Aerzte noch lange im Dunkeln, nachdem z. B. englische Aerzte von der Contagiosität desselben bereits überzeugt waren. Aug. Gottlob Richter, wohl der bedeutendste deutsche Chirurg des vorigen Jahrhunderts, schreibt in seinen med. und chir. Bemerkungen: „Das Kindbettfieber entsteht gemeiniglich auf eine doppelte Art, entweder von sich selbst, das ist ganz allein durch seine eigene Ursache, oder durch Mitwirkung einer anderen zufälligen fiebererregenden Ursache." Dann sagt er weiter: „Clarke erzählt, dass in einigen Zimmern des Entbindungshauses zu Edinburgh die Kindbetterinnen häufig mit dem Kindbettfieber befallen wurden. Nachdem man in diesen Zimmern neuen Fussboden hatte legen und die Wände neu übertünchen lassen, beobachtete man dieses Fieber daselbst nicht mehr. Diesem nach sollte es beinahe scheinen, als wenn es ein eigenes Contagium des Kindbettfiebers gäbe. Das glaube ich aber nicht."

Geraume Zeit währte es auch, bis die Percussion sich Eingang verschaffte. Ein Wiener Arzt,, Auenbrugger, der als der Erfinder gelten kann, gab dieselbe im Jahre 1761 bekannt

(Auenbrugger übte noch die directe Percussion, indem er mit dem Finger oder Hammer ohne dazwischen gelegten Finger oder Plessimeter direct die Brustwand etc. beklopfte), aber in der nächst darauffolgenden Zeit wurde sie nicht günstig beurtheilt oder vielmehr todtgeschwiegen. Und es blieb zwei Franzosen vorbehalten, Piorry und Corvisart, für die Percussion einzutreten und dieselbe als werthvolle Methode in die Wissenschaft einzuführen. Das war im Jahre 1809, und Auenbrugger hatte noch als Greis die Genugthuung, die Anerkennung seiner Entdeckung zu erleben.

Aehnlich ablehnend verhielt man sich lange Zeit dem Thermometer als klinischem Messinstrument gegenüber. De Haën, Professor in Wien, ein Schüler Boerhaave's, machte die ersten systematischen Messungen an Gesunden und Kranken, aber das Thermometer bürgerte sich nur langsam ein. Vielleicht trug auch de Haën's Character etwas dazu bei, er war herrisch und unverträglich und hatte zudem bigotte, abergläubische Ansichten. Er ignorirte die Auenbrugger'sche Entdeckung und trat dem Blatternbelzen feindlich entgegen. Aber nicht aus wissenschaftlichen Gründen, er warf vielmehr die Frage auf, ob es vor Gott erlaubt sei, zu inoculiren, und verneinte dieselbe, weil die Inoculation ein Eingriff in die Rechte und Vorsehung Gottes sei.

Die Religion und die Vorsehung bilden überhaupt noch einen Factor in der Medicin des 18. Jahrhunderts. So sagt z. B. Hensler in seinen berühmten an das Parlament von Paris gerichteten Briefen über das Blatternbelzen: „Ich bin selbst ein wenig von der Paradoxie Stahl's in Absicht auf die Heilsamkeit der Krankheiten angesteckt; viele Krankheiten sind von der Vorsehung bestimmt, geheime Schäden der inneren Theile zu verbessern. Es giebt so gütige Epidemien, dass man nichts oder wenig zu brauchen nöthig hat."

Als characteristisch für die damalige Zeit will ich noch einige Beispiele bringen. Rudolf Wagner erzählt in der Biographie Sömmering's, dass Sömmering's Lehrer, der bekannte Wrisberg in Göttingen, ein eigenes anatomisch-physiologisches Collegium für Edelknaben gab, in welchem ein Graf von Giech ein eifriger Zuhörer war. Röderer, hauptsächlich durch seine geburtshülflichen Arbeiten berühmt, verlangte für die Schwangeren höherer Stände eine andere Lage bei der Untersuchung, als für die von anderen; erstere sollen liegend, letztere stehend untersucht werden.

Nun noch einige Worte über die Behandlung. Ich will hier einen Passus aus der im Jahre 1802 erschienenen Selbstbiographie Joh. Peter Frank's anführen; er schildert das Verfahren des Arztes am Militärhospital in Strassburg, wo Frank als junger Arzt eine Visite mitmachte, folgendermaassen: „Zur rechten Seite stand ein Wundarzt, zur linken ein Apotheker, dann folgte der wachthabende Krankenwärter. Die beiden ersteren führten das Verzeichniss, jener der Aderlässe, Klystiere, Blasenmittel, dieser der Abführmittel und übrigen Arzeneien. Bett No. 1. Hier sah der Arzt links und rechts auf beide geschriebenen Verzeichnisse. „Jean", sagte er, „comment vous portez-vous?" „Très mal, Monsieur le médecin", war die Antwort. „Avez-vous été saigné?" „Oui, Monsieur." „Avez-vous pris la médecine à purger?" „Oui, Monsieur." Mittlerweile legte der Arzt seine zwei Finger einen Augenblick auf die Pulsader und rief laut: „Saigné—médecine évacuante!" Wundarzt und Apotheker schrieben den Befehl in aller Eile nieder, als der Arzt schon am zweiten Krankenbette stand und eben seine Fragen und Befehle wiederholte. In einer halben Stunde waren wir mit dem Besuche von allen Kranken zu Ende. Die Haare standen mir bei einem solchen Verfahren zu Berge."

Die Behandlung nach der Schablone, wie sie von dem Durchschnittsarzte geübt wurde, war eben nur die Folge der Allmacht der Systeme, welche die Denkfaulheit gross zogen: es war so einfach und bequem und wissenschaftlich dabei, mit Hülfe der Forderungen des Systems und ohne eigenes Nachdenken zu behandeln.

Von diesem Vorwurfe bleiben natürlich die grossen Geister meist unberührt; in der practischen Ausübung der Medicin hielten sie es doch für nothwendig, die theoretischen Ketten zu brechen und sich auf den Boden der Erfahrung zu stellen.

Wenn wir einen Vergleich ziehen zwischen den grossen Männern des 18. und des 19. Jahrhunderts, so können wir im Zweifel sein, in welchem Jahrhundert mehr Talent und Genie existirte. Wenn es auch sicher ist, dass der weitaus grössere Fortschritt in unserem Saeculum errungen wurde, so ist ebenso sicher, dass zu vielen dieser Errungenschaften der Grund schon vorher gelegt wurde. So beginnt mit Morgagni's 1761 gedrucktem Buche „De sedibus et causis morborum per anatomem indagatis" die pathologische Anatomie, seine durch die Section von über 600 Leichen gemachten Funde bilden die Grundlage dieses bahn-

brechenden Werkes, welches ‚wie ein englischer Autor sagt, „substituded localization for generalization and precision for vagueness."

Bichat, einer der genialsten Denker, die je gelebt, schrieb vor genau 100 Jahren seine „Anatomie générale" und wurde dadurch der Begründer der heutigen Histologie. Er theilte den Körper in verschiedene Gewebe, die er alle untersuchte und ausführlich beschrieb, und wenn auch nachträgliche Forschungen die Unvollkommenheit seiner Classification demonstrirt haben, so bleibt ihm doch das grosse Verdienst, der erste gewesen zu sein, der die neue fruchtbringende Richtung in Anatomie und Pathologie einführte. Sein früher Tod — er starb im Alter von 30 Jahren — verhinderte ihn, selbst sein begonnenes Werk zu vollenden.

Bichat gehört zu dem glänzenden Dreigestirn des 18. Jahrhunderts; die anderen beiden Sterne sind Albrecht von Haller und John Hunter. Haller, der universelle Geist, der, man kann sagen, das gesammte Wissen seiner Zeit beherrschte und namentlich in Anatomie und Physiologie Bedeutendes leistete; John Hunter, der bahnbrechende schottische Chirurg und Anatom, der sich auf verschiedenen Gebieten der Medicin verdient machte und u. a. der erste war, welcher die Femoralarterie zur Heilung eines Aneurysmas in der Kniekehle unterband (im sog. Hunter'schen Canal).

Nicht zu vergessen ist auch noch Jenner, dessen Einführung der Kuhpockenimpfung die practisch wichtigste That des ganzen Zeitabschnittes war.

Die letzten Decennien des 18. Jahrhunderts sahen auch ein neues frisches Leben in den medicinischen Hülfswissenschaften, in Physik und Chemie. 1786 entdeckte Galvani, durch Zufall, wie die Anecdote erzählt, die galvanische Electricität, aber die richtige Deutung der Zuckung des Froschschenkels wird Volta zugeschrieben, demselben, der dann im Jahre 1800 die nach ihm benannte Volta'sche Säule aufbaute und damit den Anstoss zur Construction der vielzelligen constanten Batterie gab. Im Jahre 1800 machte Chladni Versuche mit electrischen Stäben zur Ermittlung der Schwingungszahl der Töne und erlangte damals schon annähernd richtige Zahlen.

Mit der Entdeckung des Sauerstoffs durch Priestley im Jahre 1774 und dem Nachweis seiner Bedeutung durch Lavoisier in den 80er Jahren wurde der Grundstein zu dem stolzen

Baue der modernen Chemie gelegt, und die Aufstellung des Gesetzes der constanten Proportionen durch John Dalton im Jahre 1808 und des Avogadro'schen Gesetzes über die Ausdehnung der Gase im Jahre 1811 ermöglichten die Sicherheit und Vollkommenheit, die wir an der Chemie von heute bewundern. Diese Fortschritte kamen jedoch erst der Medicin des 19. Jahrhunderts zu Gute.

Wir sind jetzt endlich nach mehrtausendjährigen Missgriffen zu der Ueberzeugung gelangt, dass es in der Medicin, wie überhaupt in naturwissenschaftlichen Dingen, keine Autorität giebt und geben kann. So lange dieser Satz zu Recht besteht, wird die Medicin niemals wieder unter den Einfluss der Systeme kommen können. Jedes System war eine Irrlehre, die retrograde Tendenz hatte und nur insofern als sie die Polemik herausforderte, indirect und verspätet vielleicht zum Fortschritt beitrug. Die Medicin lässt sich jetzt einzig und allein von der Erfahrung, wozu auch das Experiment zu rechnen ist, leiten und schreitet langsam und sicher auf ihrer Bahn vorwärts. Und wenn Virchow mit Recht sagt: „Die Localbehandlung ist die Signatur der neuen Zeit", so möchte ich, an ein bekanntes Schlagwort früherer Zeiten anknüpfend, hinzufügen: Die Signatur der modernen Medicin ist die Umwandlung der Heilungskunst in eine Heilungswissenschaft.

Ueber essentiellen Pigmentschwund der Iris (Heterochromia tarda).

Von Dr. A. Schapringer.

In der Januarsitzung 1899 der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York stellte ich eine im mittleren Lebensalter sich befindende Frau mit reifem grauen Star des linken Auges vor, bei welcher die Regenbogenhaut des mit Star behafteten Auges auffallend heller gefärbt war als die des anderen. Nach der aufgenommenen Anamnese war diese Farbenverschiedenheit nicht angeboren. Die Augen, welche in mässigem Grade kurzsichtig waren (2.75 D), hatten ursprünglich gleiche Farbe besessen. Vor einer Reihe von Jahren wurde die Frau eines Tages von ihrer Tochter darauf aufmerksam gemacht, dass ihr

linkes Auge eine abweichende Färbung angenommen habe. Entzündliche Zustände waren nicht im Spiele. Damals war die Pupille noch schwarz und erst geraume Zeit nachher kam es zur Starentwickelung.

Der Bericht über diesen Fall erschien im Aprilheft 1899 dieser Monatsschrift, und ein eingehendes Referat aus der Feder Malgat's (in Nizza) im Recueil d'ophtalmolgie 1899, p. 326. Malgat, dem wir eine Reihe sehr bemerkenswerther Beobachtungen über die bei Heterochromie (oder „Chrométéropie", wie er den Zustand zu bezeichnen vorzieht) vorkommende Starform verdanken, kennt nur die angeborene Heterochromie und verhält sich etwas skeptisch gegenüber der Annahme einer erst in einem späteren Lebensalter auftretenden Verfärbung der Iris. Er sagt (p. 329):

„Si la fille de la malade du Dr. Schapringer lui offre suffisamment de garanties pour croire l'information exacte, il n'est plus permis d'être aussi affirmatif sur l'origine congénitale de la chrométéropie. Cependant, comme le fait rapporté par notre savant confrère est unique dans la litterature ophtalmologique, il serait nécessaire d'en avoir la confirmation par des cas nouveaux.

Toutefois, même en supposant que la chrométéropie ne fût pas toujours congénitale et qu'il existât des faits bien observés de chrométéropie tardive, je crois pouvoir être fondé à soutenir, comme probable, que la décoloration d'un des deux iris est due aux causes qui produisent généralement l'albinisme partiel et imparfait. It est, en effet, admis dans la science que l'albinisme vrai, partiel et imparfait n'a pas toujours une origine congénitale: M. Trélat rn a cité des exemples authentiques."

Eine derartige weitere Beobachtung, wie Malgat solche für erwünscht hält, um die Existenz einer tardiven Form der Heterochromie zu unterstützen, habe ich nun selbst vor kurzem gemacht und theile sie in Folgendem mit. Ich hatte die betreffende Patientin zur Demonstration in der Wissenschaftlichen Zusammenkunft Deutscher Aerzte von New York im April d. J. bestellt, wo sie sich aber leider nicht einfand.

Die Augen der 19jährigen Jenny L., unverheirathet, Näherin, aus Russland gebürtig, zeigen die Eigenthümlichkeiten, dass die Iris des linken Auges auffallend heller gefärbt erscheint, als die des rechten. Die Besitzerin dieser verschieden gefärbten Regenbogenhäute wandte sich vor einigen Tagen an mich mit dem

Ansuchen, diese Verschiedenheit mittelst ärztlicher Mittel möglichst auszugleichen, wozu ich mich leider ausser Stande erklären musste. Das Merkwürdige an dem Fall ist der Umstand, dass diese verschiedene Färbung nicht von jeher bestanden hat, sondern erst vor etwa drei Monaten von der Umgebung der Patientin und ihr selbst bemerkt wurde. Vorher soll die Färbung gleich, oder doch wenigstens nicht auffallend verschieden gewesen sein. Während das rechte Auge sich nicht veränderte, wurde die linke Iris viel heller in der Farbe. Entzündliche Erscheinungen, wie solche etwa einer Iritis entsprechen würden, sind der Entfärbung nicht vorausgegangen.

Es war dies aber nicht das erste Mal, dass die Patientin sich mir vorstellte. Ich sah sie zuerst anfang September vorigen Jahres, als sie sich mit Klagen über undeutliches Sehen, besonders beim Nähen, und über Kopfschmerzen an mich wandte. Die Untersuchung ergab myopischen Astigmatismus beider Augen, und die zur Correction desselben verordnete Brille (R u. L: — 1.0 D cyl., Achse horizontal), welche sie im Augenblick auch trägt, behob ihre Beschwerden vollkommen. In der betreffenden Journaleintragung findet sich kein Vermerk über die Farbe der Regenbogenhäute. Erst vier Monate später soll nach Angabe unserer Patientin die Verfärbung der linken Iris ihrer Umgebung aufgefallen sein. Zur Characterisirung der Beobachtungs- und Urtheilsfähigkeit des Mädchens diene Folgendes: Als sie an meinen eingehenden Fragen zu merken glaubte, ich zweifle an ihren Angaben über das recente Entstehen der Irisverfärbung, wies sie selbst darauf hin, dass ich damals bei Gelegenheit der Brillenverordnung ihre Augen ja genau untersucht hätte und wenn damals (d. i. vor sieben Monaten) die Verschiedenfärbigkeit schon vorhanden gewesen wäre, mir dieselbe nicht hätte entgehen können, während ich jedoch nichts darüber habe verlauten lassen. Ich halte die Angabe der Patientin über das annähernde Datum des Auftretens der Entfärbung für verlässlich.

Die Augen ihrer Eltern und ihrer Geschwister sind sämmtlich ausgesprochen braun. Sie selbst hat von jeher die einzigen heller gefärbten Augen in der Familie besessen. Ihr rechtes, nicht afficirtes Auge zeigt eine Iris, deren Grundfarbe blau zu nennen ist, welche Farbe aber durch zahlreiche eingesprengte braune Tüpfelchen modificirt erscheint. Die linke Iris ist matt graublau und weist kein einziges braunes Tüpfelchen auf, im Gegentheil sind die meisten der arcadenförmigen Vorsprünge

auf dem Relief ihrer Vorderfläche weisslich verfärbt. Von dieser weissen Markirung der Vorsprünge ist auf dem anderen (gesunden) Auge nichts zu sehen. Das Spiel der Pupille ist unbehindert und die brechenden Medien vollkommen klar. Das Kopfhaar ist kastanienbraun von heller Nuance. Die Farbe und Zeichnung des Augenhintergrundes entspricht dem Bilde, wie man es bei Blonden zu sehen gewohnt ist und zwar existirt kein bestimmter Unterschied zwischen dem rechten und linken Auge in dieser Beziehung.

Es handelt sich also hier um einen bei einer erwachsenen Person, und zwar ohne entzündliche Erscheinungen aufgetretenen Pigmentschwund der Regenbogenhaut des linken Auges allein. Zum Unterschied von der angeborenen, beziehungsweise seit früher Kindheit bestehenden Verschiedenfärbigkeit der Regenbogenhäute, welche in der Literatur als „Heterochromie" angeführt wird, wäre es vielleicht zweckmässig, diesen Zustand, wenn erworben, mit einem neuen Namen, etwa „Chromatophthise" zu bezeichnen. „Erworbene Heterochromie der linken Iris" würde blos soviel aussagen, dass die linke Iris anders gefärbt ist als die rechte, es aber im Ungewissen lassen, ob die linke Iris mehr oder ob sie weniger Pigment beherbergt als die rechte. „Chromatophthise der linken Iris" lässt uns über diesen Gegenstand in keinem Zweifel.

Die Sache hat für das junge Mädchen vorläufig blos untergeordnetes kosmetisches Interesse. Auffallend würde es aber nicht sein, wenn sich später einmal — übereinstimmend mit den Beobachtungen von Jonathan Hutchinson*), Malgat (Nizza), Bistis (Constantinopel) und mir selbst — in dem pigmentärmeren Auge ein grauer Star sich entwickelte. Sollte dies einmal eintreten, so ist als prognostisches Moment von grosser Wichtigkeit zu betonen, dass die Starbildung sich voraussichtlich auf dieses eine Auge beschränken wird.

Ueber den Ursprung derjenigen Ernährungsstörung des Auges, welche sich durch unilateralen Schwund des Irispigments kundgiebt, lässt sich gegenwärtig noch nicht einmal eine Vermuthung aufstellen, und fragt man, wie es komme, dass dieser einseitige Pigmentmangel so häufig von Trübung der Linse gefolgt wird, so bedeutet dies nur eine Häufung von ungelösten Räthseln.

Zweck dieser Mittheilung ist blos, die Aufmerksamkeit wei-

*) Anmerkung bei der Correctur: Man vergleiche auch **William George Sym**, Heterochromia Iridum. Ophthalmic Review, Vol. VIII, p. 202.

terer Kreise auf diesen Gegenstand zu lenken, insbesondere die Fachgenossen anzuregen, in Zukunft bei etwa vorkommenden Fällen von Heterochromie möglichst genaue Angaben über den zeitlichen Anfang dieser Anomalie einzufordern. Dringend wünschenswerth erscheint es, dass genügend Beobachtungsmaterial beigetragen werde, um darauf vorläufig wenigstens eine Hypothese über die Entstehungsursache der Chromatophthise der Regenbogenhaut aufzubauen.

926 Madison Avenue.

Zum 70. Geburtstage Dr. Abraham Jacobi's.

Am 6. ds. feierte Dr. Abraham Jacobi seinen siebenzigsten Geburtstag. Ausser einer Reihe anderweitiger Ehrungen von Seiten verschiedener Corporationen wurden ihm die Glückwünsche der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York, die ihn anlässlich seiner Feier zum Ehrenmitgliede ernannt hatte, übermittelt und durch den Präsidenten der Gesellschaft, Dr. Hermann Klotz, eine künstlerisch ausgestattetes Album mit den Unterschriften der Mitglieder überreicht, wobei Dr. Klotz folgende Ansprache an den Jubilar richtete:

Hochgeehrter Herr Dr. Jacobi!

Es ist uns der ehrenvolle und angenehme Auftrag geworden, Ihnen Seitens der Deutschen Medicinischen Gesellschaft zu Ihrem heutigen Festtage Glück zu wünschen. Der Auftrag ist darum ein so angenehmer, weil so viel Grund zum Gratuliren vorhanden ist. Nicht allein, dass Sie ein Alter erreicht haben, das immerhin nur einer Minderzahl unter den Menschen überhaupt, nur einer kleinen Anzahl unter den Mitgliedern unseres Standes zu erreichen vergönnt ist. Nicht nur, dass Sie dieses Alter erreicht haben im Besitz einer körperlichen und geistigen Frische, um die Sie mancher Jüngere beneiden könnte, und die es Ihnen fast lächerlich erscheinen lassen muss, dass Sie überhaupt alt geworden seien. Abgesehen davon findet Sie der heutige Tag in einer Stellung nicht nur innerhalb ärztlicher Kreise, sondern auch gegenüber Ihren Mitbürgern, ja ich möchte sagen, innerhalb der gebildeten Klassen der Bevölkerung überhaupt, die im höchsten Grade ehrenvoll ist und die wohl auch die weitgehendsten Wünsche und Bestrebungen eines Mannes zu befriedigen im Stande sein sollte.

Dafür, dass die Deutsche Medicinische Gesellschaft nicht zurückstehen wollte, wenn es galt, Ihren Ehrentag zu feiern, dafür bedarf es kaum einer Erklärung. Sie sind seit langen Jahren Mit-

PROF. A. JACOBI.

glied der Gesellschaft und der Präsident gewesen; Sie haben an den Versammlungen oft theilgenommen, nicht als stummer Zuhörer, sondern wie gewöhnlich fruchtbar und anregend eingreifend und theilnehmend; allein Ihre Beziehungen zu den Mitglie-

dern sind viel weitgehendere gewesen. Vielen von uns, die gleich Ihnen ihre Erziehung und ärztliche Ausbildung in Deutschland erhalten haben, sind Sie in vieler Hinsicht Vorbild, Führer und Rathgeber gewesen. Sie hatten es früh verstanden, sich in die hiesigen Verhältnisse hineinzufinden und hineinzuleben, ohne Ihren Character als Deutscher aufzugeben. Dadurch sind Sie im Stande gewesen, deutscher Medicin und deutschen Aerzten eine würdige Stellung zu verschaffen und uns Allen in mancher Weise nützlich und förderlich zu sein. Eine grössere Anzahl unserer Mitglieder sind hier aufgewachsen und haben ihre Bildung ganz oder theilweise hier sich erworben. Die meisten von diesen verehren in Ihnen ihren Lehrer; vielen unter ihnen, älteren und jüngeren, sind Sie Freund und Rathgeber gewesen, viele haben Sie der deutschen Medicin näher gebracht, sie in dieselbe eingeführt, zu einer Zeit wo es weit mehr als jetzt berechtigt war, stolz auf ihre Erfolge zu sein.

Daher die Einmüthigkeit mit der die Gesellschaft bereit war, Ihren Geburtstag zu feiern. Von ihrem constitutionellen Rechte Gebrauch machend, hervorragende Aerzte Europas und Amerikas zu Ehrenmitgliedern zu ernennen, hat die Gesellschaft, wie Ihnen dies bereits officiell mitgetheilt wurde, Sie in der Sitzung vom 2. April zu ihrem Ehrenmitglied erwählt. Aber sie wollte sich nicht mit den blossen Worten begnügen, hondern wünschte Ihnen ein dauerndes Andenken an den heutige Tag zu verehren. Sie hat daher Ihren Gesinnungen gegen Sie in einer längeren Adresse Ausdruck gegeben, welche künstlerisch ausgestattet und mit den Unterschriften der Mitglieder versehen, ich jetzt in diesem Album Ihnen zu überreichen die Ehre habe. Möge es seinen Zweck erfüllen, das Andenken an den heutigen Tag und an die Deutsche Medicinische Gesellschaft lebendig zu erhalten. Es bleibt mir noch übrig, den Glückwünschen auch gute Wünsche für die Zukunft zuzufügen. Wenn ich Sie recht beurtheile, so wird der heutige Tag für Sie nicht die Veranlassung werden, sich nur der Ruhe hinzugeben und nur mit Befriedigung auf die Vergangenheit, auf das bisher Erreichte zurückzublicken. Ihrer Natur wird es mehr zusagen, weiter zu arbeiten und weiter zu schaffen, wie bisher. Dass Ihnen dazu körperliche und geistige Frische und ausdauernde Kräfte noch recht lange Zeit ungeschwächt erhalten bleiben mögen, dies ist unser aufrichtiger Wunsch.

Das in vollendet künstlerischer Weise ausgeführte Album

enthält folgende von Dr. Leonhard Weber verfasste Widmung:

Ihrem hochverehrten Mitgliede

Herrn Dr. med. ABRAHAM JACOBI

zu seinem

SIEBZIGSTEN GEBURTSTAGE

am 6. Mai 1900.

Die Deutsche Medicinische Gesellschaft
von New York.

Verehrter Herr College:

Mit der Widmung dieses Albums will „Die Deutsche Medicinische Gesellschaft von New York" dem natürlichen Impulse Ausdruck geben, der die Menschen dazu bewegt, die Grösse Anderer freudig anzuerkennen. In dem Anstreben höherer Lebensziele und der Begeisterung für jene Männer, welche mit ihrem Wissen und Können für das Wahre und Gute jederzeit einstehen und auf Förderung des Wohls der Gesammtheit bedacht sind, haben wir vielbeschäftigten Aerzte von jeher bewiesen, dass wir weder Zeit noch Mühe scheuen, wenn es darauf ankommt, mitzustreiten für Recht und Wahrheit. Auch zaudern wir nicht, in solchem Kampfe bewährten Führern Folge zu leisten und thun dies um so freudiger, wenn wir sagen dürfen: der jetzt den richtigen Weg uns weist, ist ein Genosse unseres Standes.

So trefflich wie Sie, Herr College, hat kein Mitglied unserer Gesellschaft es verstanden, in langer mühevoller und ruhmreicher Thätigkeit, den schweren Pflichten und grossen Verantwortlichkeiten des Arztes, des Lehrers, des Bürgers gleichmässig gerecht zu werden. In der wissenschaftlichen Medicin ist Ihr Name überall bekannt und hochgeschätzt, und wohlverdiente Ehren und Auszeichnungen sind Ihnen hier sowohl als in Europa zu Theil geworden. Viele Hunderte von Schülern hörten im Collegium und auf den Kliniken Ihre Lehren und haben Ihre reiche Erfahrung in der medicinischen Kunst und Wissenschaft in die Praxis hinübergenommen, Ihnen ein lebhaftes und dankbares Andenken bewahrend. Wenn Sie in ärztlichen Vereinen Vorträge hielten oder Krankheitsfälle vorstellten, konnte man immer mit Sicherheit darauf rechnen, Vortreffliches und Nutzbringen-

des zu hören. In den ärztlichen Gesellschaften, welche das Glück hatten, Sie zeitweise als Präsident zu haben, wussten Sie stets dafür zu sorgen, dass fleissig gearbeitet wurde und nur wirklich Gutes zur Verhandlung auf die Tagesordnung kam.

Nie soll es vergessen werden, dass zur Zeit des unseligen und scharfen Streites der "New and Old Code Parties" in unserer hochgeschätzten "New York Academy of Medicine" im Jahre 1884—1885 Sie allein den Muth hatten, das Steuer des gefährdeten Fahrzeuges zu ergreifen und dasselbe an drohenden Klippen vorbei in sicheres Fahrwasser zu geleiten. In den vier Jahren Ihrer damaligen Präsidentschaft ward es Ihnen oft recht schwer gemacht Ihres Amtes zu walten, doch Sie hielten treu und tapfer aus, Ihres Wahlspruches eingedenk:

„Nur Der verdient sich Freiheit und das Leben,
Der täglich sie erobern muss." —

Und Sie errangen nicht nur die Wiederherstellung der academischen Körperschaft, sondern alsbald auch ein rasches Wachsen und Gedeihen der Academie, so dass dieselbe bereits Ende 1889 mit Recht genannt werden konnte, was sie heute ist: die Heim- und Pflegestätte der ärztlichen Kunst und Wissenschaft New Yorks.

Unter den Wohlthätigkeits-Anstalten in unserer Stadt, denen Sie seit vielen Jahren fast täglich Stunden anstrengender Arbeit gewidmet, sollen hier nur „das Deutsche Dispensary", das „Deutsche Hospital" und das „Mount Sinai Hospital" erwähnt werden. Diese Institute haben Sie mitbegründet, miterbaut, ihr Blühen und Gedeihen haben dieselben zum grossen Theil Ihrer Mitarbeit, Ihrem Rathe in der Verwaltung, und Ihrer Mithülfe in der Herbeischaffung der finanziellen Mittel zu danken. Immer haben Sie in der Reihe der Vorkämpfer gestanden, wenn es galt die Interessen des ärztlichen Standes zu wahren und zu fördern; kein anderer amerikanisch-deutscher College hat sich wie Sie bemüht und soviel dazu beigetragen, gegenseitiges Verständniss und gutes Einvernehmen zwischen deutschen und amerikanischen Medicinern anzubahnen und den wissenschaftlichen Verkehr zwischen beiden collegialisch zu gestatten. Wie sehr auch durch Ihre intimen Beziehungen zu den besten Männern Deutschlands und Amerikas solches Bestreben gefördert sein mag, so ist doch auch diese Arbeit keine leichte gewesen, und

die schönen Früchte derselben kommen beiden Kulturländern zu gute, und beide sind Ihnen dafür zu Dank verpflichtet.

Wenn es auch wahr ist, dass der Tüchtige und Beharrliche sich allenthalben Geltung und Stellung verschafft, so wird doch in keinem anderen Lande dem Fremden, der gezeigt hat was er ist und was er kann, ein solches Entgegenkommen zu Theil als hier in unserem neuen Vaterlande, und thut es wiederum der amerikanische ärztliche Stand allen anderen im liberalen Entgegenkommen zuvor. Wir freuen uns deshalb, dass wir Hand in Hand mit unseren amerikanischen Collegen in unserer Verehrung für Sie gehen — wir sind aber stolz darauf, dass wir als deutsche Mediciner ein besonderes Recht haben, Ihnen heute, wo Sie im Vollgenuss geistiger Frische und körperlicher Rüstigkeit Ihren siebzigsten Geburtstag feiern, zurufen zu können: „Sie gehören zu uns, Sie denken, Sie fühlen, Sie sprechen wie wir. Von ganzem Herzen wünschen und hoffen wir, dass es Ihnen vergönnt sein möge, noch viele Jahre in unserer Mitte zu verbringen und in segensreicher Thätigkeit Ihrem Berufe zu leben: Gross als Arzt, gross als Mensch!

Mit collegialem Gruss und herzlichem Glückwunsch

Die Deutsche Medicinische Gesellschaft von New York.

Als eine weitere Ehrung für Dr. Abraham Jacobi wurde unter den Auspicien der Drs. A. G. Gerster, J. D. Bryant, W. Meyer, B. Scharlau und unter der Redaction der Drs. F. Huber und F. E. Sondern eine „Festschrift" herausgegeben „to commemorate the Seventieth Anniversary of his Birth." Man kann die Herausgeber dieser Festschrift, die einen stattlichen Band von nahezu 500 Seiten bildet, nur beglückwünschen zu dem Gedanken, die bei den Aerzten Deutschlands gebräuchliche Sitte, auf solche Weise ihre in der Wissenschaft besonders hervorragenden Collegen zu ehren, hierher verpflanzt zu haben, und Dr. Abraham Jacobi dürfte ganz besonders die Auszeichnung verdient haben, speciell der Erste gewesen zu sein, zu dessen Ehrung hier in Amerika eine derartige Festschrift verfasst worden ist. Fünfundfünfzig Aerzte diesseits und jenseits des atlantischen Oceans — von letzteren seien nur die Namen Baginsky, v. Bokay, Comby, Escherich, Gerhardt, Henoch und v. Ranke genannt — haben zu dem Werke beigetragen und dadurch bewiesen, wie hoch im Ansehen Dr. Abraham Jacobi bei den Aerzten zweier Welttheilen steht. Die Festschrift enthält 57 werthvolle Arbeiten in englischer, deutscher, französischer und spanischer Sprache, die Vor-

rede giebt in kurzen, wohlgelungenen Zügen eine Lebensgeschichte des grossen Gelehrten, dessen Portrait, in künstlerischer Weise ausgeführt, dem Werke beigefügt ist. Die Ausstattung des letzteren ist eine ganz vorzügliche und dem Anlasse, aus dem es entstanden ist, vollkommen angemessen. Und so können wir sagen, dass die „Festschrift" unter den vielen Ehrungen, die dem gelehrten Jubilar zu Theil wurden, eine ganz hervorragende Stelle einnimmt.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

Virchow's Archiv, Band 158, Heft 1.

1) P. Grawitz: *Ueber die Wanderzellen-Bildung in der Hornhaut.*

Verf. weist auf Grund seiner eingehenden Untersuchungen nach, dass die Hornhaut-Entzündung ganz ohne Leucocyten-Einwanderung verläuft und dass die bei Keratitis als Wanderzellen beschriebenen Elemente allesammt durch gesteigerten Saftstrom aus dem Hornhaut-Gewebe hervorgehen.

2) A. Wanner: *Einfluss der acuten Anaemie auf das histologische Bild der Schilddrüse.*

Nach vorgenommenen Blutentziehungen kommen bei Kaninchen constante Veränderungen des histologischen Bildes der Thyroidea vor. Einmalig oder wiederholte Blutentziehung bewirkt: 1. Abplattung der Hauptzellen. 2. Vermehrung der grossen, hellen, gequollenen Hauptzellen. 3. Oft Auftreten von colloidähnlichen, homogenen Kügelchen im Protoplasma dieser Zellen. 4. Vermehrung der Colloidzellen. 5. Vermehrung der Schmelzung des Epithels. 6. Vergrösserung und trotzdem gute Füllung der Drüsenbläschen mit Colloid, besonders wenn die Kaninchen nach der letzten Blut-Entziehung noch wenigstens 24 Stunden leben; andernfalls kann die acute Anaemie keinen oder den umgekehrten Einfluss haben. Die Experimente an Hunden haben nicht so deutliche Resultate zu Tage gefördert, wie die Versuche an Kaninchen, doch sind hier auch positive Resultate vorhanden, welche mit denjenigen, welche W. bei den Kaninchen erhielt, vollständig übereinstimmen, nämlich Niedrigerwerden des Epithels, Vermehrung der Colloidzellen und der Schmelzungs-Processe des Epithels und Auftreten von Colloidtropfen in den grösseren Zellen, in einem Worte Vermehrung der Secretionsthätigkeit der Schilddrüse nach wiederholt erzeugter acuter Anaemie.

3) M. Freudweiler: *Anatomische Mittheilungen über einen Fall von multiplen Gliomen des Rückenmarkes.*

F. untersuchte das Rückenmark eines an Tetanus verstorbenen Patienten und fand hierbei drei Abweichungen von den

normalen Verhältnissen: 1. intramedulläre Haemorrhagien; 2. Atresie des Centralcanales; 3. multiple Tumoren mit secundärer Degeneration von einzeln stehenden Nervenfasern. Näheres ist in der Originalarbeit nachzulesen.

4) E. Schwalbe: *Die morphologischen Umwandlungen der rothen Frosch-Blutkörperchen bei der extravasculären Gerinnung.*

Verf. kommt durch seine Untersuchungen zu folgendem Ergebniss: An den rothen Blutkörperchen des Frosches spielen sich ähnliche Abschnürungs- und Abscheidungsvorgänge ab, wie an den Blutkörperchen der Säugethiere; im Vollzuge dieser Processe ist eine principielle Uebereinstimmung zu erkennen. Die Abschnürungsproducte der rothen Blutkörperchen (Blutplättchen) beim Säugethier sind den gleichen Producten des Froschblutes, nicht den Spindeln homolog, die Herkunft beider Plättchenarten und ihre Bedeutung für die Gerinnung ist eine identische.

5) S. Placzek (Berlin): *Klinisch-microscopische Beiträge zur Lehre von der progressiven Muskelatrophie.*

P. beschreibt und bespricht drei Fälle von progressiver Muskelatrophie, die sich nicht so ohne Weiteres einwandfrei in die üblichen Unterformen, spinale progressive Muskelatrophie, neurotische Muskelatrophie und primäre Muskelatrophie einreihen lassen. Der erste Fall btrifft einen 16jährigen Patienten und stellt eine Uebergangsform der juvenilen und pseudo-hypertrophischen Form dar. Gleichzeitig lehrt er auch, dass keinenfalls die Bestimmtheit berechtigt ist, mit welcher Sachs diese Krankheitsform als „stets" hereditär oder familiär anspricht, da sich in diesem Falle trotz genauesten Nachforschens nichts Hereditäres nachweisen liess. In dem zweiten Falle handelt es sich um einen 58jährigen Arbeiter, bei welchem der langsam sich entwickelnde Muskelschwund vor 4—5 Jahren, also in einem verhältnissmässig späten Alter begann. Dieser Fall scheint eine Uebergangsform zwischen der spinalen und der primären Muskelatrophie zu bilden. Für die erstere sprechen der Beginn in so spätem Lebensalter, der Mangel des hereditären und familiären Vorkommens, das fibrilläre Zittern und die Localisation des Angriffspunktes. Gegen diese Diagnose und für die Dystrophie sprechen die einfache, nur quantitative Verminderung der electrischen Erregbarkeit und ein Moment, das niemals bei der spinalen Form sich findet, die Pseudo-Hypertrophie. In dem dritten Fall, der in der Entwicklung des Leidens und seiner äusseren Erscheinungsform die Lehrbuchforderungen für die Diagnose einer spinalen Muskelatrophie voll erfüllte, in seinem Sectionsergebniss aber ein ganz überraschendes Bild bot, verzichtet P. auf eine einheitliche Deutung. Das Resultat der Section war nämlich das, dass bei diesem klinisch ausgeprägten Falle von spinaler progressiver Muskelatrophie nicht nur die zu fordernden markanten Verän-

derungen in den Vorderhorn-Ganglienzellen und vorderen Wurzeln sich fanden, sondern auch eine anatomische Veränderung, die wir gewöhnt sind, als das objective Substrat der Tabes dorsalis anzusprechen. Dieser Befund bestand, ohne dass jemals der Patient während des Lebens Erscheinungen geboten hätte, die auf Tabes dorsalis hinwiesen, oder auch nur eine dahinzielende Vermuthung aufkommen liessen.

6) S. Pförringer (Halle a. S.): *Ueber die Selbstverdauung des Pankreas.*

Die Möglichkeit einer intra vitam erfolgenden Selbstverdauung des Pancreas wurde, wie Chiari in seiner Arbeit „Ueber Selbstverdauung des menschlichen Pancreas" angiebt, schon von verschiedenen Seiten in Betracht gezogen. Als Beitrag zu dieser Frage hat Verf. eine Reihe von 100 Fällen ohne Wahl, wie sie zur Section kamen, untersucht und glaubt als Resultat dieser Untersuchungen Chiari's Satz vollkommen bestätigen zu können, dass in einer sehr grossen Anzahl von Fällen das Pancreas die Fähigkeit besitzt, sich post mortem, zuweilen schon in der Agone, selbst verdauen zu können. Diese Fähigkeit ist um so grösser, je mehr die Drüse sich normalen Verhältnissen nähert, und sie wird durch eine in der Magen- und Duodenal-Schleimhaut vorhandene Verdauungshyperaemie und den dadurch hervorgerufenen Reizzustand des Pancreas noch vermehrt. Aehnlich wie bei künstlichen Verdauungsversuchen durch längeres Liegen das Pancreas wirksam wird, scheint auch in der Leiche die Umwandlung des Zymogens in wirksames Ferment erst nach einer Reihe von Stunden in grösserem Maasse zu erfolgen, und damit die Möglichkeit einer ausgedehnten Selbstverdauung. Auch intra vitam kann es zu einer Selbstverdauung von Drüsentheilen kommen, an die sich reactive Entzündung anschliesst. Eine solche intravitale Autodigestion kann hervorgerufen werden durch Fettgewebs-Necrose, die durch Einbeziehung kleiner Theile des Drüsengewebes in die Necrose Austritt von Pancreassecret ermöglicht und dadurch die weitere Autodigestion vorbereitet.

7) T. Kurimoto (Nagasaki): *Die Behandlung der Lyssakranken in Japan.*

Die Behandlung der Kranken erfolgte mit Lymphe von verschiedener Stärke, und zwar begann K. mit Einspritzungen der geschwächten Lymphe, die aus dem 14 Tage lang getrockneten Rückenmark eines infolge künstlicher Inficirung mit Wuthgift erkrankten und gestorbenen Kaninchens bereitet war. Es war dazu ein 5 mm langes Stück des Rückenmarkes fein zerrieben und mit 3 g dünner Bouillon vermischt worden. Allmählich steigerte er die Stärke der Lymphe, bis er am Schluss solche von 48 Stunden lang getrocknetem Rückenmark verwendete. Die

Dosis der Einspritzung war je nach dem Alter des Patienten grösser oder geringer. Erwachsene über 20 Jahre erhielten volle 3 g, junge Leute von 15—20 Jahren 2 g, Kinder von 10—15 Jahren 1,5 g, und Kinder unter 10 Jahren 1 g. Die Gesammtzahl der Einspritzungen — täglich eine — betrug 20 bis 30. Als Injectionsstelle wählte K. meistens die Lendengegend, und zwar injicirte er abwechselnd einen Tag auf der rechten, den anderen auf der linken Seite. Nur selten zeigte sich an der Impfstelle eine mehr oder weniger hervortretende Röthung, die in der Regel nach einigen Tagen verschwand. K. hat auf diese Weise vom 12. August 1894 bis zum 25. Februar 1899 254 Personen behandelt. Davon verliessen 29 die Anstalt wieder, ehe ihre Behandlung zum Abschluss gekommen war, 1 wurde bereits krank eingeliefert; er starb am folgenden Tage. Ein anderer erkrankte am Tage seiner Einlieferung und starb am folgenden Morgen. Ein dritter starb nach 14tägiger Behandlung. Wenn man diese 32 in Abrechnung bringt, so bleiben 222, welche einer vollständigen Behandlung theilhaftig wurden. Von diesen starben 4 an Wuthkrankheit, und zwar einer am Tage nach Beendigung der Behandlung, einer nach 14 Tagen und zwei nach einem Monat; 218 genasen vollständig. Die Mortalität betrug also 1,8 Proc.

8) O. Walbaum: *Untersuchung über die quergestreifte Musculatur mit besonderer Berücksichtigung der Fettinfiltration.*

W. untersuchte die Muskeln von im Ganzen 119 Leichen, unter denen sich 34 Leichen mehr oder minder rachitischer Kinder bis zum 4. Lebensjahre befanden. Ein Befund, den er bei sehr vielen Muskeln machte, erweckte ein ganz besonderes Interesse, einmal, weil er als exquisit pathologisch gilt, dann aber auch, weil W. häufig die grössten Unterschiede zwischen Flexoren und Extensoren feststellen konnte: die Anwesenheit von Fetttröpfchen in der Muskelfaser. Die Tröpfchen sind im Ganzen sehr fein, wechseln aber in mässigen Grenzen bezüglich ihrer Grösse; gewöhnlich sind sie in deutlichen Längsreihen, entsprechend dem Aufbau der Muskelfaser aus Fibrillen angeordnet. Meistens sind sie gleichmässig über eine ganze Gruppe von Muskelfasern verbreitet, doch kamen auch einige Fälle vor, wo sich unter sonst normalen Fasern vereinzelte verfettete fanden; ja, die Verfettung konnte sogar auf einzelne Strecken der Fasern beschränkt sein.

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt New York.

17 West 43. Strasse.

Montag, den 5. Februar 1900.

(Schluss.)

Die Untersuchung ergab: grosse Empfindlichkeit des Hinterhaupts, leichte Störung der Gesichtssensibilität der erchten Seite, und eine merkwürdige Störung der Augenbewegungen. Es bestand keine bestimmte Schielablenkung. Patient war aber ausser Stande, beide Augen zugleich nach rechts zu bewegen. Ausserdem bestand Nystagmus. Leichte Ataxie der linken Extremitäten. Der Patient konnte nicht gut im Bett sitzen, und hatte ausgesprochene Zwangshaltung — Kopf und Rumpf nach rechts geneigt. Auf Grund dieser 3 Symptome wurde am nächsten Tage die Diagnose Meningitis fallen gelassen, und die Diagnose Hirnabscess gemacht und der Process im Kleinhirn localisirt. Die Facialislähmung wurde dabei bei der Localisation nicht in Berücksichtigung gezogen. Am dritten Tage trat ausser den bis jetzt genannten Symptomen ein weiteres hinzu, eine tiefe Störung der Sensibilität der linken Körperseite, cialislähmung und Sensibilitätsstörung der rechten Gesichtsseite so dass der Patient zuletzt am vierten Tage folgendes Bild bot: Kopfschmerzen, Erbrechen, Stauungspapille, rechtsseitige Fa- und der Körperseite. Daraufhin wurde die Diagnose als sicher angenommen und ein eventueller operativer Eingriff in Berücksichtigung gezogen. Von chirurgischer Seite wurde der operative Eingriff verweigert, weil die Anwesenheit eines Abscesses im kleinen Gehirn nicht für wahrscheinlich gehalten wurde. Die Operation fand also nicht statt. Der Patient wäre vielleicht ebenso mit, wie ohne Operation, gestorben. Ich habe das Präparat deshalb vorgestellt, weil der Fall aetiologisch und therapeutisch interessante Punkte hatte. Bei der Autopsie fand sich Caries des Felsenbeins und eine kleine Eiterhöhle im Canalis fallopiae, in der der Facialis eingebettet war. Das Bestehen einer Otitis media wurde von otiatrischer Seite nicht angenommen. Es scheint also nicht, wie ich anfänglich gedacht habe, dass der Abscess eine Metastase vom Hüftgelenk aus war, sondern er scheint unmittelbar von der genannten Abscesshöhle gekommen zu sein. Ein chirurgischer Eingriff hätte dem Patienten möglicher Weise helfen können.

Dr. Rob. Newman: Verbessertes Bottini'sches Instrument für die Prostata und seine Anwendung.

Dr. Robert Newman zeigte ein Instrument, welches von ihm als eine Verbesserung gemacht wurde, um die Bottini-Operation auszuführen, welche besteht in einer Spaltung der vergrösserten Prostata durch Galvano-Caustic. Um zu beweisen, wie die Galvano-Caustic wirkt, zeigte er ein Stück Fleisch, an welchem der Schnitt an demselben Tage mit dem Instrumente gemacht wurde. Er hatte vielfache Erfahrungen mit dieser Operation, und machte dieselbe mehrere Male in 1882 und 1883; zuerst mit Dr. Gulcke, welcher ein Original-Bottini-Instrument direct bezogen hatte.

Die folgenden Fehler des Instrumentes wurden bemerkt: 1) Das Instrument war unbeholfen, zu schwer, zu lang. 2) Der Platinum-Brenner war zu dick, so dass er nur langsam heiss und allmälig glühend wurde. 3) Daher brauchte man eine zu grosse Batterie, um genügende Hitze zu entwickeln. Die Batterie musste einen Strom von 45 Ampères geben, war so schwer zu transportiren, dass zwei Mann dieselbe vorsichtig tragen mussten. 4) Der Schnitt durch die Prostata mit solcher Hitze hatte Nachtheile, wodurch Schmerz und Entzündung der Blase verursacht wurde. 5) Diese Operation war ungewiss und Patient musste lange im Bette bleiben. 6) Auch ist das Instrument nur zu gebrauchen, wenn die Harnröhre weit genug ist, um es durch die Verengerung einzuführen. — Daher wurde vom Redner seine „Galvano-Cautery Sound" construrit und ein Vortrag darüber in St. Louis in der 37sten jährlichen Versammlung der "American Medical Association" gehalten. Der Artikel wurde im "Journal of the American Medical Association" August 28. 1886 veröffentlicht. Durch mehrere Erfahrungen wurde das Instrument verbessert und vorgezeigt auf dem Internationalen Medicinischen Congress in Washington am 8. September 1887; der Vortrag erschien in den Transactionen des Congresses, auch im New England "Medical Monthly," December 1887. Diese „Galvano-Cautery Sound" hat bei vielen Krankheiten der Prostata vortreffliche Dienste geleistet.

Nachdem das Bottini'sche Instrument durch Freudenberg verbessert worden, ist die Operation in America mehr populär geworden. Aber selbst diese Neuerungen liessen noch manches zu wünschen übrig, und deshalb hat Dr. Newman ein neues Instrument anfertigen lassen von Geo. Tiemann & Co. in New York. Diese neuen Verbesserungen bestehen in folgendem: 1) Weglassen des Wasserkühlers, weil derselbe a) das Instrument unnütz verlängert, schwer macht und die Handhabung hindert; b) der Wasserbehälter mit seinen Gummischläuchen im Wege ist, und c) einen besonderen Assistenten erfordert. In dieser Verbesserung ist das Instrument kleiner und leichter zu bewegen. Der Wasserbehälter ist entbehrlich durch die nächste Veränderung. 2) Die zwei Kupferleiter gehen direct von jedem Pol nach dem Brenner, jeder Draht ist besonders isolirt, wodurch nur der Platinum-Brenner erhitzt wird; der Rest

des Instrumentes bleibt kühl, so dass man es mit den Fingern überall angreifen kann. 3) Der Platinum-Brenner ist leichter, wird augenblicklich glühend heiss, und braucht daher eine kleinere Batterie. Es genügt ein Accumulator von drei Zellen oder sechs Volt und eine Kraft von 13 Ampères. Das alte Bottini'sche Instrument brauchte 45 Ampères. 4) Das verlängerte Ende des Instruments ist kegelförmig (conisch) und hat eine Hohlrinne, um es leichter und sicher über eine Fischbeinsonde (filiform) einzuführen. Der Brenner ist eingesenkt in der Röhre, gerade so wie beim Urethrotom Maisonneuve. Dies ist allerdings auch der Fall beim alten Instrument. 5) Der Brenner kann nach Belieben vorgeschoben werden durch Drehen des Rades am unteren Ende, wo ein Maassstab genau anzeigt, wie tief das Platinum die Prostata durchbrennt. Daher kann man die Galvano-Cautery genau reguliren von einer Linie bis ¾ Zoll, und wenn nothwendig auch bis zu einem Zoll. 6) Das Instrument kann auseinandergenommen werden zum Reinigen und Sterilisiren. Der Operateur kann dieses selbst thun oder vom Instrumentenmacher besorgen lassen. 7) Dies veränderte Instrument kostet nur halb so viel als das Bottini'sche.

Die Versammlung wurde aufgefordert, noch Verbesserungen zu empfehlen und das neue Instrument zu critisiren. Es handelt sich hier nicht darum, ob die Bottini'sche Methode die beste ist, sondern, wenn diese Operation ausgeführt wird, ob diese Verbesserungen zweckmässig sind.

Discussion. Dr. L. Weber: Ich habe nur geringe Erfahrung mit der Handhabung des Instruments, aber die Erfahrung, die ich direct und indirect habe, hat mich gelehrt, dass tiefes Schneiden gefährliche Blutungen macht. Ich halte es also nicht für einen Vortheil des modificirten Instrumentes, dass man damit tief schneiden kann.

Dr. Rob. Newman: Ich möchte Herrn Dr. Weber erwiedern, dass es ja nicht nothwendig ist, tief zu schneiden. Man kann einen ganz kleinen Einschnitt machen, wenn man den Schieber vorstellt, ganz nach Belieben.

Geschäftliches. Präsident Dr. Hermann Klotz: Ich möchte kurz im Namen des Comités zur Feier des 70. Geburtstags des Herrn Dr. A. Jacobi berichten. Es hat sich nämlich herausgestellt, dass bereits ein Comité besteht, welches die Feier des Geburtstags in die Hand genommen hat und an welches Dr. Jacobi selbst alle Anfragen verwiesen hat. Dieselben Herren, welche eine Festschrift herauszugeben beabsichtigen, haben auch vor, am Vorabend des Geburtstags ein Festessen zu arrangiren, über welches aber Näheres noch nicht bestimmt ist. Das Comité hat nun beschlossen, der Gesellschaft vorzuschlagen, dem Jubilar bei dieser Gelegenheit ein Geschenk zu überreichen, welches aus einem geschmackvoll ausgestatteten autographischem Album mit Widmung und Unterschrift aller activen Mitglieder der Deutschen Medicinischen Gesellschaft bestehen soll.

Das soll bei jenem Festessen vom Präsidenten der Gesellschaft dem Jubilar überreicht werden. Die Kosten des Albums sollen von der Vereinskasse getragen werden. Es wurde ferner beschlossen, dass der Präsident sich mit dem bestehenden Fest-Comité in Verbindung setzen soll.

Auf Antrag aus der Mitte der Versammlung werden die Beschlüsse des Comités gutgeheissen.

Präsident Dr. H. G. Klotz: Laut Beschluss der letzten Sitzung ist der Contrakt mit den neuen Verlegern der Medicinischen Monatsschrift abgeschlossen worden. Es ist ausdrücklich in dem Contrakt vorbehalten, dass weder die Gesellschaft noch die Mitglieder derselben irgend welche pecuniäre Verpflichtung übernehmen. Indess haben mich die Eigenthümer der Zeitschrift ersucht, darauf aufmerksam zu machen, dass sie wenigstens ein gewisses Interesse von Seiten der Mitglieder für das Organ der Gesellschaft erwarten könnten; dasselbe bethätigte sich bis jetzt nicht, da nicht die Hälfte der Mitglieder Subscribenten des Journals sind. Es besteht kein Zwang und keine gesetzliche Verpflichtung, aber eine gewisse moralische Verpflichtung ist doch nicht abzuleugnen.

Dr. L. Weber: Ich möchte noch einmal auf das Album zurückkommen. Dr. Boldt und ich haben uns mit einem Kunstzeichner in Verbindung gesetzt, der in Bezug auf die Fertigstellung künstlerisch ausgestatteter Diplome u. s. w. eine grosse Erfahrung hat. Das Album wird also sicher in vollendeter Weise hergestellt werden. Dasselbe wird auf den ersten Blättern eine von mir verfasste Widmung enthalten. Und dann habe ich noch etwas auf dem Herzen, was, wie ich glaube, die Gesellschaft gerne thun wird. Ich meine, wir sollten unser verehrtes Mitglied Dr. Abraham Jacobi zum Ehrenmitglied dieser Gesellschaft erwählen, und eine Copie des Ehrendiploms dem Album zufügen.

Dr. A. Jacobi wird von 5 Mitgliedern zur Ehrenmitgliedschaft empfohlen und die Empfehlung dem Aufnahme-Comité überwiesen.

Dr. Alfred Meyer beantragt die Annahme der folgenden Resolution:

Da die Lungenschwindsucht, besonders unter den Armen, die Todesursache von mehr Einwohnern dieses Staates abgiebt, als irgend eine andere Erkrankung, und ferner da der grosse Werth einer geeigneten Behandlung dieser Volksseuche in Sanatorien hier und in Europa bewiesen ist; und schliesslich da von jedermann, welcher diese Frage studirt hat, die Mangelhaftigkeit der gegenwärtigen Privat-Vorkehrungen für dieses ungeheure Problem — wie gewissenhaft sie auch sein mögen — zugegeben wird;

Wird beschlossen: Dass von der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York die Gründung von Volksheilstätten unter staatlicher und städtischer Controlle empfohlen wird,

zum Zwecke der Behandlung von Schwindsüchtigen und zur Verhütung der weiteren Verbreitung dieser Seuche.

Die Versammlung beschliesst, die Resolution anzunehmen.

Nachdem die Zähler berichtet, erklärt der Präsident Dr. C. H. Richard Jordan und Dr. Beaman Douglas zur Mitgliedschaft erwählt.

Dr. H. Herbert liest einen Vortrag über trophische Störungen bei Lungentuberculose, einen Beitrag zur Symptomatologie der Krankheit.

Es werden zu Mitgliedern vorgeschlagen, Dr. G. T. Mundorff von Dr. J. W. Gleitsmann und Dr. Ralph I. Jacoby von Dr. G. W. Jacoby.

Hierauf erfolgt Schluss und Vertagung.

J. A. Beuermann, prot. Secretär.

Wissenschaftliche Zusammenkunft Deutscher Aerzte in New York.

110 West 34. Strasse.

Sitzung vom 26. Januar 1900.

Vorsitzender: Dr. D'Oench.

Vorstellung von Patienten.

1) Dr. A. Jacobi: Fall von Aneurysma der Bauchaorta mit Roentgenstrahlen beleuchte.

2) Dr. Hirsch: Fall von intramedullärem Tumor im 8. bis 9. Dorsalsegment.

Fünfundvierzig jähriger Mann, Vater. Patient fiel vor etwa drei Monaten bei der Arbeit von der Leiter und schlug mit dem Rücken auf eine scharfe Kante. Er verlor nicht das Bewusstsein, war jedoch an den oberen und unteren Extremitäten gänzlich gelahmt, so dass er in ein Hospital geschafft werden musste. Nach fünf Tagen war er so weit wieder hergestellt, dass er, wenn auch mit Mühe, gehen konnte, infolge dessen er entlassen wurde.

Vor etwa zwei Wochen kam Patient unter meine Behandlung und bot folgenden Status dar: Hirnnerven normal. Pupillar- und Patellarreflexe ebenfalls normal. Die grobe motorische Kraft in den oberen und unteren Extremitäten erscheint ungestört, der Kranke ist jedoch nicht im Stande, zweckmässige Bewegungen mit den Händen auszuführen, und mit grösster Mühe gelingt es ihm, sich den Rock zuzuknöpfen. Die Untersuchung der Sensibilität ergiebt, dass die taktile Empfindung, sowie der Muskelsinn vollkommen aufgehoben sind, und zwar besteht diese Sensibilitätsstörung von der Halsgegend bis etwa zur Mitte der Oberschenkel. Gegenstände, die man ihm in die Hand giebt, werden in Bezug auf Form und Gewicht nicht erkannt. Es besteht ferner ein halbseitiges Schwitzen im Gesicht und am Rumpf.

Eine Assymetrie der Gesichtshälften und Lidspalten ist auf eine angeborene Anomalie zurückzuführen. Diagnose: Röhrenförmige Blutung im Rückenmark vom unteren Hals bis zum untersten Dorsaltheil.

Discussion. Dr. Mannheimer: Ich möchte mir die Frage erlauben, worauf sich die Diagnose stützt.—Dr. Hirsch: Dieselbe stützt sich auf die typische Art der segmenurten Sensibilitätsstörung und auf die bilaterale Serratuslähmung. Doppelseitige Serratuslähmung kommt nur bei centralen Erkrankungen vor oder bei ganz exceptionellen Traumen. Wir haben hier zwei Factoren: sensible und motorische Störungen. Beide liegen neben einander, die ersteren im 8. und 9. Dorsalsegment, und die letzteren im 7. Dorsalsegment. Es besteht bei mir daher nicht der geringste Zweifel, dass die Diagnose richtig ist. Ob der Tumor maligner Art ist, möchte ich nicht mit Sicherheit behaupten, obwohl dies nicht unwahrscheinlich zu sein scheint. Handelt es sich um Gliose, so bietet diese allerdings klinisch das Bild der Syringomyelie, allein sie unterscheidet sich von letzterer dadurch, dass die entstandene Höhle nicht mit Epithel ausgekleidet ist. — Dr. Goldmann: Als ich den Patienten am Samstag vor 8 Tagen sah, waren seine Angaben nicht die gleichen, wie sie uns soeben College Hirsch angegeben hat. Das Jucken wurde damals von ihm nicht auf Bauch und Rücken verlegt, und ich wies ihn wieder an die Nervenabtheilung zurück. Heute Abend konnte ich bei der Untersuchung des 8. und 9. Lendenwirbels keine Schmerzempfindung nachweisen. Es liegt mir fern, die Diagnose anzuzweifeln, allein es scheint mir doch, dass die Angaben des Patienten vager Natur sind. Derselbe macht den Eindruck eines hochgradigen Neurasthenikers. — Dr. Hirsch: Die Angaben des Pat. waren bei mir immer sehr constant. Ausserdem hat der Pat. Schmerzempfindung am Rücken noch weiter oben und zwar durch die Serratuslähmung bedingt. Dieser Schmerz aber hat mit dem vorher erwähnten nichts zu thun.

3) Dr. Hirsch: Spinale Blutung im Dorsalmark in Folge eines Traumas.

Achtundvierzigjähriger Mann, Glaser. Seit zwei Jahren klagt Patient über eine unerträgliche, subjective Sensibilitätsstörung, die er theils als Brennen und Stechen, theils als Jucken beschreibt. Das afficirte Gebiet ist oben von einer Linie begrenzt, die horizontal durch den Processus ensiformis geht, nach unten von einer dieser parallelen Linie, etwa zwei Finger breit unterhalb des Nabels. Seitlich wird dies Gebiet durch die Axillarlinien begrenzt. Oberhalb dieses Gebietes befindet sich eine Zone von Hyperaesthesie, die bis zur Schultergegend reicht. In der Gegend des achten Dorsalwirbels besteht hochgradige Schmerzhaftigkeit bei Druck und Beklopfung der Wirbelsäule. Seit einigen Wochen klagt Patient über Schwäche in den Armen. Er kann dieselben nur mit grosser Anstrengung und auf ganz kurze Zeit in die Höhe heben.

Die Untersuchung ergiebt eine doppelseitige Serratuslähmung, sowie Atrophie der Rückenmarkmusculatur. Wie weit der Schwund in der Muskulatur des Schultergürtels auf Atrophie oder auf allgemeine Abmagerung zurückzuführen ist, lässt sich vor der Hand noch nicht mit Sicherheit constatiren. Im übrigen bestehen keine Krankheitssymptome seitens des Nervensystems. Diagnose: Intramedulläres Neoplasma, höchst wahrscheinliche Gliose. Ausgangspunkt in den Hinterhörnern des achten und neunten Dorsalsegmentes. Weitere Ausbreitung der Läsion nach vorn und oben.

4) Dr. Willy Meyer: Fall einer geheilten Ventralhernie.

Patientin ist 45 Jahre alt und war im Jahre 1898 im hiesigen Cancerhospital wegen einer Dermoidcyste operirt worden. Sie kam nach Jahresfrist wegen einer ausgedehnten Ventralhernie in das Deutsche Hospital. Der Fall war eine der grössten Ventralhernien, die ich je gesehen habe. Von verschiedenen Seiten war die Operation verweigert und der Fall als inoperabel erklärt worden. Die im Deutschen Hospital vorgenommene Operation war ausserordentlich schwierig, besonders war es sehr schwer, die Dünndärme von den Adhäsionen zu befreien. Die Oeffnung wurde durch fortlaufende peritoneale Nähte geschlossen. Der Verschluss hat nunmehr ein Jahr lang Stand gehalten, und die Patientin ist vollkommen geheilt.

5) Dr. Schapringer: Fall von isolirter traumatischer Oculomotoriuslähmung.

Patient war am 4. August vergangenen Jahres bei der Arbeit vom Dache eines im Bau begriffenen Hauses gestürzt und wurde in bewusstlosem Zustande nach einem Brooklyner Hospital gebracht. Blutung aus Ohr und Nase deutete auf Basisfractur. Ausserdem bestand äusserlich ein complicirter Bruch des linken Stirnbeins, wovon eine deprimirte Knochennarbe oberhalb des Processus angularis externus des linken Stirnbeins Zeugniss giebt. Als ich den Patienten zwei Monate nach dem Unfall zum ersten Mal sah, bestand vollkommene Lähmung aller vom Nervus occulomotorius der linken Seite versorgten Muskeln. Der Augapfel konnte aus seiner Ruhestellung blos horizontal nach aussen bewegt werden, woraus zu schliessen war, dass der den Musculus rectus externus innervirende Nervus abducens sich intact verhielt. Die Bewegungen entsprechend der Wirkung des innern, obern und untern geraden Augenmuskels waren dagegen aufgehoben. Derr M. sphincter pupillae und die Accommodation waren gelähmt. Ebenso der M. levator palpebrae superioris, weshalb das obere Lid herabhing und das Auge verschloss. Dieser letztere Umstand war insofern ein Vortheil für den Patienten, als dadurch die lästigen Doppelbilder ausgeschlossen wurden. Die Functionen aller übrigen Gehirnnerven waren normal.

Mit der Zeit und unter Behandlung des Herrn Dr. Max Rosenthal, dem ich die Kenntniss dieses Falles verdanke, hat

sich der Lähmungszustand bis zu einem gewissen Grad gebessert, insbesondere ist das herabgesunkene obere Lid wieder in die Höhe gegangen, was für den Kranken aber nur vom kosmetischen Standpunkte zum Vortheil gereichte, denn mit freiliegender Pupille machen sich nun Doppelbilder sehr störend bemerkbar. Gebessert hat sich auch bedeutend die Beweglichkeit nasalwärts, wenig oder gar nicht die Beweglichkeit nach oben und unten, auch ist die erweiterte Pupille noch immer lichtstarr.

Nach Schädelerschütterungen mit Basisfissur bleiben gelegentlich Hirnnervenlähmungen zurück. Verhältnissmässig am häufigsten ist es der Nervus abducens, welcher entweder allein oder in Gesellschaft des Facialis, Acusticus oder anderer Nerven gelähmt erscheint. P a n a s in Paris hat die traumatische Abducenslähmung zum Gegenstand eingehenden Studiums gemacht und die topographischen und mechanischen Verhältnisse klargelegt, welche die leichte Verletzlichkeit dieses Nerven bei Fissuren, welche die Spitze der Felsenbeinpyramide durchsetzen, bedingen. Viel seltener als Abducenslähmungen sind Lähmungen des Oculomotorius unter solchen Umständen. Die Wiederherwo das Freibleiben aller übrigen Hirnnerven, insbesondere des Opticus, Trigeminus (in allen seinen Zweigen), Abducens, Facialis und Acusticus festgestellt werden konnte. Vortragender bespricht die Localisation der Verletzung und setzt die Gründe auseinander, warum im vorliegenden Falle Kernläsion einerseits, und andererseits Beschädigung der auseinanderfahrenden Endzweige des Nerven in der Orbitalhöhle auszuschliessen seien. Die vorhandenen Symptome können nur durch Leitungsunterbrechung im Nervenstamme selbst an der Basis cranii erklärt werden. Wahrscheinlich handelt es sich nicht um eine vollkommene Durchtrennung des Nervenstammes, sondern nur um eine starke Zerrung desselben, welche Annahme in Uebereinstimmung steht mit der Ansicht v. B e r g m a n n's über die Natur der Läsion des Occulomotorius unter solchen Umständen. Die Wiederherstellung der Function einzelner Fasern, wie sie im vorgestellten Fall zu beobachten ist, wird bei dieser Annahme leicht verständlich. Für die übrigen Fasern jedoch, welche nach Ablauf von fünf Monaten nach der Verletzung noch immer keine Miene gemacht hatten, ihren Beruf wieder aufzunehmen, ist die Prognose quoad restitutionem integram freilich negativ zu stellen.

D i s c u s s i o n. Dr. J u l i u s W o l f f: Ich möchte fragen, ob irgendwelche Anaesthesie in der Gegend des Supraorbitalnerven vorhanden ist, um die Stelle der Verletzung constatiren zu können. Ich glaube, es ist das Wahrscheinlichste, dass die Verletzung in der Fissura glenoidalis stattgefunden hat, durch welche die Zweige des Supraorbitalis und der Obliquus hindurchgehen. Es ist nicht wahrscheinlich, dass der Oculomotorius allein getroffen wurde. Was die Prognose anbetrifft, so glaube ich, dass der Fall sich noch sehr bessern kann, da seit der Verletzung noch nicht so viel Zeit verflossen ist. — Dr. S c h a p r i n g e r:

Es ist keine Störung im Gebiete des Trigeminus festgestellt worden. Ich möchte noch constatiren, dass Dr. Rosenthal den Fall zum grössten Theil selbst behandelt hat. Was die genaue Localisation anbelangt, habe ich auch an die Gegend der Fissura glenoidalis gedacht. Da dort so viele Nerven vorhanden sind und es schwer verständlich wäre, dass hier sich die Verletzung den einen Nerven herausgesucht haben sollte, habe ich mir die Sache so vorgestellt, dass die Verletzung keine directe, sondern eine indirecte infolge einer Basisfractur war. Was die Prognose anbetrifft, so möchte ich ausdrücklich erwähnen, dass in den letzten 3—4 Wochen die Besserung eine ganz auffallend rasche war. Ich hoffe, dass der Pat. ganz genesen wird, allein man soll doch nicht mit absoluter Sicherheit darauf rechnen.

Vorzeigen von Präparaten.

1) Dr. Heiman zeigt einige Speichelsteine.

2) Dr. Adler: Ich habe hier Präparate von zwei Fällen, die sowohl klinisch als auch anatomisch ungewöhnliches Interesse beanspruchen dürften.

Der erste Fall stammt von einem 23jährigen Mädchen. Die Geschichte ist etwas dunkel. Das Mädchen gab an, immer gesund gewesen zu sein, nur an Verstopfung gelitten zu haben, die aber mit den gewöhnlichen Abführmitteln immer leicht gehoben werden konnte. Als ich das Mädchen zuerst sah, klagte sie nur über diffuse, nicht zu localisirende Schmerzen in der Magengegend. Sie gab ferner an, vor 4 Jahren habe sie eine Schwellung gehabt, die sie nicht genauer localisiren konnte. Verschiedene Chirurgen hattn diese Schwellung in Gemeinschaft mit ihrem behandelnden Arzte gesehen. Eine Operation war angerathen, aber nicht ausgeführt worden, und Pat. wurde wieder gut. Die Untersuchung ergab Folgendes: Ziemlich wohlgenährtes Mädchen mit gesunden Organen. In der unteren Bauchgegend rechterseits fand sich eine runde, leicht bewegliche, fluctuirende Geschwulst, die ausserordentlich schmerzhaft war und von der das Mädchen augenscheinlich keine Ahnung hatte. Die Betastung war ausserordentlich schmerzhaft, und Pat. schien etwas Fieber zu haben. Ich sah das Mädchen bald darauf wieder. Inzwischen hatte sich der Zustand verändert. Es war hochgradiges Fieber eingetreten bis zu 104°. Da es sich um eine Virgo intacta handelte, wurde von einer Vaginaluntersuchung abgesehen, aber eine Rectaluntersuchung vorgenommen, welche ergab, dass Uterus etc. normal waren. Die Geschwulst hing mit den Adnexen nicht zusammen. Wir stellten uns vor, dass es sich hier wahrscheinlich um eine eiternde Geschwulst handele, entweder um eine vereiterte Dermoidcyste oder um eingesacktes eiteriges Exsudat, vielleicht vom Appendix ausgehend. Da das Fieber stark zunahm, wurde im Deutschen Hospital von Dr. Krug eine Laparotomie vorgenommen. Dabei stellte sich heraus, dass zunächst das grosse Netz kuglig vorgespannt und mit seines unteren Theile an den Beckenknochen adhaerent war. Nach Los-

lösung desselben entleerte sich eine grosse Menge blutiger Flüssigkeit, und damit war der Tumor verschwunden. Es fand sich aber dann am Boden des Exsudats eine riesige Tumormasse, welche vom Caput coli ausgehend bis hinauf gegen die Lebergegend reichte. Drüsen waren in grosser Ausdehnung degenerirt, und es wurde daher von jedem Eingriff abgesehen. Bald darauf ging Pat. an einer acut verlaufenden Perforation zu Grunde. Eine Autopsie wurde leider nicht gestattet, aber durch die geöffnete Laparatomiewunde wurde ein Stück vom Darm entfernt, das ich hier vorzeige. Die microscopische Untersuchung ist noch nicht nach jeder Richtung hin durchgeführt, nur so viel hat sich daraus ergeben, dass es sich um ein Carcinom handelte, das von der Submucosa ausging. Die Schleimhaut ist im Grossen und Ganzen unverändert.

Discussion. Dr. Langmann: Ich möchte Dr. Adler fragen, wie er sich das Fieber erklärt, das sich schliesslich in ziemlicher Höhe entwickelte. An Peritonitis können wir wohl nicht denken, und es wäre interessant, ob man das Fieber als carcinomatöses Fieber auffassen könnte. Was Dr. Rosenthal über den Fall mitgetheilt hat, dass die Erkrankung möglicherweise schon vier Jahre dauerte, macht es wahrscheinlich, dass die Keime schon damals sich entwickelten, jedoch nur in sehr langsamer Weise. Ich möchte an einen Fall erinnern, der Dr. Adler und mir bekannt ist, in welchem ein Carcinom, das von berufenster Seite nach einer Operation constatirt worden war, zu seiner vollen Entwicklung 12 Jahre gebraucht hatte, um schliesslich zum Tode zu führen. — Dr. Willy Meyer: Die Frage, ob es wahrscheinlich ist, dass der Tumor schon vor 4 Jahren seinen Anfang genommen hatte, möchte ich auch bejahen. Ich habe vor Kurzem eine Dame in Consultation gesehen, die mit 35 Jahren unter eigenthümlichen Verhältnissen zu Grunde gegangen ist. Sie hatte seit ihrer Jugend an Darmbeschwerden gelitten und Verstopfungen gehabt. Als ich die Pat. sah, litt sie an andauerndem Erbrechen, hatte aber keinen grossen Magen; um Ileus handelte es sich sicher nicht. Ich fand in der Gegend unterhalb der Leber, rechts oben, einen mässig beweglichen Tumor, der jedoch gerade so gut eine bewegliche Niere sein konnte. Die Pat. liess sich nicht genau untersuchen. Ich war zur Zeit der Ansicht, dass es sich mehr um einen internen Fall handle, wie um einen chirurgischen, und rieth zu einer sofortigen intravenösen Infusion wegen des bestehenden Marasmus. Die Pat. wurde dreimal innerhalb 72 Stunden punktirt. Die Section ergab ein ausserordentlich ausgedehntes Carcinom, das den grössten Theil des Colon descendens einnahm. — Dr. Langmann: Ich habe verschiedentlich bei ausgebreiteten Carcinomen carcinomatöses Fieber beobachtet. — Dr. Libman: Der Bemerkung Dr. Adler's, dass das Krankheitsbild demjenigen einer Appendicitis ähnlich war, möchte ich einige Mittheilungen über Dünndarm-

tumoren hinzufügen. Ich habe nämlich drei Fälle gesehen, in denen es sich um Dünndarmtumoren handelte, mit acutem Verlaufe, die in das Hospital mit der Diagnose „Appendicitis" oder „Peritonitis" eingeliefert wurden. In dem ersten Falle handelte es sich um einen Knaben im Alter von zwölf Jahren, der neun Tage krank war mit Schmerzen im Unterleib und Fieber. Im Hospital fühlte man im Unterleib einige Tumoren, so dass die Diagnose „Tuberculose oder maligne Neubildung des Bauchfells" gestellt wurde. Bei der Autopsie fand man ein grosses Sarcom des Duodenums, mit ausgedehnten Metastasen im Mesenterium und im Netz, in den Drüsen, in Leber, Milz und Nieren. Der zweite Fall betraf einen jungen Mann im Alter von achtzehn Jahren, der angeblich nur einen Tag krank war. Er litt an heftigen Schmerzen im Unterleibe und an Erbrechen. Dem physikalischen Befunde nach, handelte es sich um eine allgemeine Bauchfellentzündung, wahrscheinlich von einer Appendicitis herrührend. Bei der Operation fand man fäcale Flüssigkeit in der Bauchhöhle. Der Appendix sah normal aus. Bei der Autopsie ergab sich ein perforirendes Sarcom des Jejunums. Hinzuzufügen wäre noch, dass die Verwandten dann angaben, dass der Mann die letzten drei Monate blass aussah und Schmerzen im Magen hatte. Der dritte Fall war der eines zweiundvierzigjährigen Mannes, der angeblich nur zwei Tage Krankheitssymptome darbot. Es bestanden Fieber, Schmerzen in der Appendixgegend, und einer Schwellung, die meistens auf die rechte untere Bauchgegend beschränkt war. Bei der Operation fand man ein grosses Sarcom des Ileums. Die acuten Symptome hatten in einer grossen Blutung in der Tumormasse ihren Ursprung. — Dr. Willy Meyer: Ich habe vor Kurzem bei einem 10jährigen Kinde wegen multiplen Sarcoms die Probelaparotomie gemacht. Das Kind hatte eine sehr gute Reconvalescenz. Am 10. Tage traten plötzlich acute peritonitische Symptome auf, die ich mir nicht erklären konnte. Nach dem Tode des Kindes fand sich eine Perforation als Ursache derselben, und ich glaube, dass die Laparotomie für diese Perforation verantwortlich zu machen war. — Dr. Adler: Was die lange Dauer der Carcinome betrifft, so ist dies eine alte Erfahrung, und es ist daher sehr gut anzunehmen, dass das Carcinom in diesem Falle schon vor 4 Jahren seinen Anfang genommen hatte. Mir sind derartige Fälle bekannt. Was die Ursache des Fiebers anbelangt, so konnten wir leider keine eingehende Section vornehmen und können daher über die näheren Verhältnisse nichts sagen. Carcinomatöses und sarcomatöses Fieber ist ja ausführlich genug beschrieben worden. Den Typus eines carcinomatösen Fiebers bot allerdings dieser Fall nicht. Allein wir haben eine andere, und wie ich glaube, bessere Erklärung. Zunächst handelte es sich um eine abgesackte Blutung und um peritoneales Exsudat. Ferner war ein krankes Colon vorhanden, dessen Schleimhaut nicht intact war. Von da aus konnte ganz leicht eine Resorption von Fiebererregern statt-

finden. Der Typus des Fiebers war entschieden der eines septischen Fiebers.

3) Dr. Adler: Der zweite Fall ist vielleicht noch etwas seltener und ebenfalls von Interesse. Es handelt sich um einen 26-jährigen Mann, der Lues und Potus negirte. Die Mutter starb an Carcinoma ventriculi, Vater und Schwester sind gesund. Er war bis 1½ Monate vor seinem Eintritt in das Hospital, Mitte December, stets gesund. Er bekam plötzlich stechende Schmerzen in der rechten Brusthälfte. Die Schmerzen waren anfangs nicht sehr heftig, nahmen später jedoch zu und machten Schwierigkeiten beim Athmen. Am 10. Tage nach seiner Aufnahme in das Hospital bemerkte Pat., dass der rechte Arm anschwoll und die rechte Gesichtshälfte gedunsen aussah. Als ich den Pat. sah, war sofort das riesige Oedem des rechten Armes, der rechten Gesichtshälfte, des Nackens, der rechten Brustgegend und des Rückens auffallend. Die linke Seite, namentlich des Gesichtes, zeigte etwas dilatirte Venen und geringes Oedem. Pat. hatte weder Fieber noch Husten und Auswurf. Die Blutuntersuchung ergab vollkommen normale Verhältnisse. Ebenso war der Urin in jeder Beziehung normal. Der Appetit war gut, die Verdauung normal. Die physicalische Untersuchung ergab auf der rechten Seite bis Mitte des Sternums absolut leeren Schall in der ganzen Ausdehnung und Abwesenheit eines jeden Athemgeräusches. Der Stimmfremitus war total aufgehoben, es war auch kein Reiben oder sonstiges Geräusch zu hören. Hinten hörte man bis etwa zur Mitte der Scapula sehr lautes vesiculäres Athmen mit sehr lauten Rasselgeräuschen. Hinten ist heller Schall bis zur 8. Rippe vorhanden, wo der Schall wieder gedämpft war. Auf der linken Brustseite findet sich nichts. Dagegen war auffallend das Verhalten des Herzens, das weit nach links verschoben war, aber nicht gleichmässig, sondern um seine Längsachse gedreht. Die Basis war ziemlich an der normalen Stelle, dagegen die Herzspitze ungefähr 8 cm nach aussen von der Mammillarlinie. Die Leber war etwas nach hinten verdrängt. Dieser Befund war ein ziemlich klarer, und wir mussten annehmen, dass es sich hier um eine Neubildung irgend welcher Art handle, die eine starke Compression der venösen Gefässe herbeiführte, und zwar konnte es sich nicht nur um die Mammaria interna und Subclavia handeln, sondern auch um die Cava superior, sonst liesse sich das riesige Oedem nicht erklären. Ferner musste diese Compression ausserordentlich rasch eingetreten sein, weil sich kein Collateralkreislauf ausgebildet hatte. Es frug sich nun nur noch, ob die comprimirende Masse flüssiger oder fester Natur war. Wir machten verschiedene Punctionen, die aber nichts ergaben als reines Blut, und zwar hatten wir bei Vornahme der Punctionen nie das Gefühl, als ob wir uns mit der Nadel in einer Flüssigkeit oder Höhle befänden. Wir konnten daher mit Bestimmtheit sagen, dass es sich hier um eine feste Masse handle. Die Neubildung muss also rasch gewachsen sein, vorn ihren Ausgang genommen, das Herz

nach links, die Leber nach abwärts und die Lunge nach hinten gedrängt haben, ferner muss sie die Cava superior umwachsen und comprimirt haben. Dass es sich nicht ursprünglich um einen sogenannten Mediastinaltumor handelte, war von vorneherein ziemlich klar. Es fehlte Recurrenslähmung, Compression der Trachea und des Oesophagus. Es konnte sich nur um Syphilome oder um maligne, von der Pleura ausgehende Tumoren handeln. Für Syphilome war das Wachsthum zu rasch, und es fehlte ferner jede Annahme für Syphilis. Wir nahmen daher an, dass es sich um ein rasch wachsendes Sarcom resp. Epitheliom der vorderen Pleura handle, das rasch zu Exitus führen würde. Und so kam es auch. Unter den Zeichen der Erschöpfung, wobei auffallend war, dass bis zuletzt das Blut und der Harn keine Zeichen irgend einer Cachexie zeigten, ging der Pat. zu Grunde. Die Section, die von Dr. Schwyzer ausgeführt wurde, bestätigte nach allen Richtungen hin unsere intra vitam gestellte Diagnose. Microscopisch ergab sich, dass die Masse aus platten Endothelien bestand. Im Augenblick ist die Lehre vom Endotheliom noch eine derartig unklare, dass man kaum sagen kann, was ein Endotheliom ist und was nicht. Man weiss auch noch nicht recht, ob man das Endotheliom zu den Sarcomen oder Carcinomen rechnen soll. Erwähnenswerth ist noch, dass sich in diesem Falle äusserst zahlreiche Kariokynesen in der Neubildung beobachten liessen. Ripperger, Secretär.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt Cleveland, O.

Sitzung vom 15. März 1900.

Vorsitzender: Dr. J. Stotter.

Als neue Mitglieder wurden aufgenommen: Coroner Dr. J. Simon.

Demonstrationen. Dr. J. Belkowsky: Fall von Pavor nocturnus.

Wenn ich mir erlaube, Ihnen heute diese kleine Patientin vorzustellen, so geschieht es, weil das Leiden dieser Kleinen, obwohl allgemein bekannt und verbreitet, einige Eigenthümlichkeiten darbietet, die auch vom differential-diagnostischen Standpunkte aus interessant sind.

Sie sehen unsere kleine Patientin, die 7 Jahre alt ist, ist sehr blass und anämisch; Brust und Bauchorgane sind im besten Zustande, dagegen sind die Mandeln stark hypertrophisch; im Cavum pharyngo-nasale konnte ich keine adenoide Wucherungen finden, ebenso sind keine Polypen in der Nase vorhanden. Am Oberkiefer fehlen fast alle Zähne, und die Eltern geben an, dass das Kind erst etwa mit 18 Monaten zu gehen anfing. Diese beiden letzten Momente können vielleicht als Zeichen stattgefun-

dener Rachitis gedeutet werden, obschon wir keine andere Merkmale dieser Erkrankung finden.

Sonst kann man an dem Kinde nichts Pathologisches entdecken. Der Vater dieser Patientin wird Ihnen aber erzählen, dass das Kind an eigenthümlichen nächtlichen Anfällen leidet; sobald es Abends zu Bette geht und 1 oder 2 Stunden geschlafen hat, setzt es sich in seinem Bette auf, klagt über Kopfschmerzen in der Stirngegend und über Hitzegefühl: das Herz klopft stürmisch, das Kind bricht in ein wildes Weinen und Schreien aus und bekommt verschiedene Gesichtshallucinationen. Es pflegt zu schreien: „Nehmt den Mann weg, vertreibt die Spinne an der Wand, den Hund, die Nachbarn etc., etc." und das Kind macht dabei zugleich Greifbewegungen. Dieses hallucinatorische Weinen und Schreien, das keiner Beruhigung und Zusprache von Seiten der Eltern zugänglich ist, geht in ein ebensolches wildes Lachen mit Grimassenschneiden über. Die Anfälle, von denen ich selbst einen beobachtete, dauern 10—15 Minuten; dann tritt eine Art Reaction ein. Das Kind wird blass und kalt und zittert an allen Gliedern; statt aber wieder einzuschlafen und am Morgen von dem Vorgefallenen nichts zu wissen, schläft das Kind nicht ein und weiss ganz gut, was mit ihm vorgegangen ist, ja, es weint, wenn die Mutter ihr Leiden anderen Personen oder dem Arzte erzählt. Was noch bemerkenswerth in unserem Falle ist, ist der Umstand, dass die Anfälle, die anfangs in längeren Zwischenräumen und nur in der Nacht auftraten, jetzt in kürzeren Intervallen und auch des Tages auftreten, so z. B. hatte Patientin am letzten Montag am Tage drei solche Anfälle, ja, es genügt, einen derartigen Anfall hervorzurufen, wenn das Kind sich auf das Sopha legt und die Augen schliesst. Seit einiger Zeit leidet das Kind an Husten, wodurch dieser Zustand bedeutend verschlimmert wurde; die Anfälle sind nicht nur nocturne, sondern auch diurne, was sehr selten ist, denn H e n o c h erwähnt in seiner grossen Praxis nur zwei Fälle von Pavor diurnus.

Bemerken will ich noch, dass 3 Kinder eines Nachbars, die in demselben Hause wohnen, an derselben Krankheit erkrankt sind. Die Krankheit scheint also ansteckend zu sein, wie etwa die Chorea.

D i a g n o s e: Die Diagnose auf Pavor nocturnus oder "night terror" ist scheinbar leicht, aber nur scheinbar. Die Schwierigkeit beginnt, sobald man die Krankheit von Epilepsie, epileptischem Aequivalent, Hysterie, acutem hallucinatorischen Wahnsinn etc. zu differenziren sucht. Wir schliessen die Epilepsie und das epileptische Aequivalent aus, weil das Kind während des Anfalles das Bewusstsein nicht verliert und nach dem Anfalle genau weiss, was mit ihr geschehen ist. Dagegen können wir Hysterie nicht ausschliessen. Das Kind nimmt den herannahenden Anfall wahr und ruft die Mutter, sie möge ihm den Kopf halten; der frontale Kopfschmerz, die Hitzwallungen und das Herzklopfen können möglicher Weise eine Aura des An-

falles sein. Wie kann man aber da eine schnell vorübergehende Psychose ausschliessen, z. B. schnell vorübergehenden acuten hallucinatorischen Wahnsinn etc.? Ich persönlich rechne diese Erscheinungen zu jener grossen Gruppe von Neuro-Psychosen, die man als degenerative bezeichnet, wo verschiedene Neurosen und Psychosen mit einander vermengt vorkommen, ohne dass eine jede von ihnen vollständig klar für sich allein bestände. Die Aetiologie der Krankheit ist sehr mannigfach. Henoch betont mit Recht ausschliessliches Vorkommen dieser Krankheit vor der zweiten Dentition; Störungen des Gastrointestinaltractus, Dyspepsien verschiedener Art, habituelle Constipation, Helminthiasis, Scrophulose, Rachitis, adenoide Vegetationen im Cavum pharyngo-nasale, Polypen der Nase, Hypertrophie der Tonsillen, infectiöse Krankheiten sollen aetiologische Momente sein. Die meisten Kinder, wie auch unsere Patientin, sind anämisch mit neuropathischer Disposition, wenn auch letztere von den Eltern des Kindes nicht zugegeben wird. Verschiedene Neurosen und Psychosen werden in der Ascendenz häufig angetroffen, wie Hysterie, Epilepsie, Migräne, Chorea, Tic convulsif etc. Einige Autoren halten den Pavor nocturnus für beginnende Hystero-Epilepsie, noch andere, wie Hesse, für transitorische Manie. Soltmann fasst das Leiden als eine cerebrale Neurose auf (Opticushyperaesthesie). Nach ihm sind die Anfälle nichts wie Reizungen in den centralen Gebieten des Opticus (Pulvinar, corpora quadrigemina, Occipitalrinde), die nach den Gesetzen der Excentricität nach der Peripherie projicirt werden; zur Stützung dieser Annahme führt Soltmann aus, dass man bei Blindgeborenen nie den Pavor nocturnus beobachtet hat.

Die Prognose ist gut sowohl quoad vitam als quoad sanationem. Fernhalten alles Erregendens wie Erschrecken in der Finsterniss, Erzählen von schreckhaften Märchen; sodann warme Bäder mit lauen Uebergiessungen des Kopfes, frische Luft, gute Ernährung, Leberthran, Eisen, Jodeisen etc. sollen schnell zur Genesung führen.

Discussion. Dr. J. Stotter glaubt, dass in diesem Falle die Hypertrophie der Tonsillen, vielleicht auch geringe adenoide Wucherungen, die dem untersuchenden Finger kaum zugänglich sind, die Ursache für den Pavor nocturnus bilden. Das Kind leidet, wie Dr. Belkowsky bemerkt, seit einigen Wochen an Husten, ausserdem besteht Secretion der Nase; die catarrhalischen Erscheinungen haben jedenfalls zur Verschlimmerung und zur Wiederholung der Anfälle beigetragen. In der Tonsillotomie, sowie in einer Abkratzung des hinteren Rachenraumes mit dem scharfen Löffel liegt wohl in diesem Falle die beste Therapie. Es handelt sich weniger um eine neuropathische, als vielmehr um eine lymphatische Constitution. — Dr. Riegelhaupt ist der Ansicht, dass es sich hier um eine allgemeine neuropathische Disposition handle; nur ein geringer Procentsatz der Kinder mit adenoiden Vegetationen leidet an Pavor nocturnus oder an nervösen Beschwerden.

Tagesordnung. Dr. J. Stotter: Vortrag über „Operationen am Augapfel."

In der Einleitung macht Vortragender darauf aufmerksam, wie verschieden diese Operationen in der Klinik und in der Privatpraxis gemacht werden, dabei meint er nicht etwa die Technik der Operation selbst, sondern die Verhältnisse und Bedingungen, unter denen der Practiker oft einzuschreiten gezwungen ist. Diese geradezu idealen Vorbereitungen für eine Operation, wie sie an den Kliniken gebräuchlich sind, können selbstverständlich nicht in allen Fällen in der Privatpraxis beobachtet werden. Dr. St. beschreibt die allgemein üblichen Vorbereitungen zur Operation, die Desinfection der Instrumente etc. Er bemerkt, dass es von Alters her bekannt sei, dass die operativ gesetzten Augenwunden ausserordentlichen Heiltrieb zeigen; dieser Heiltrieb ist weder der Localisation der gesetzten Wunde, noch der natürlichen Asepsis des Auges zuzuschreiben; im Gegentheil, die Conjunctiva enthält eine Menge gährungsfähiger Stoffe, ausserdem ist die Verbindung mit der Nase gewiss keine „beruhigende" Thatsache, die einen über jede primitive Befolgung der Reinlichkeit hinweggehen liesse; der bekannte Heiltrieb der Augenwunden ist hauptsächlich der Kleinheit der Wunde und weiter dem Umstande zuzuschreiben, dass die Wundränder sich infolge ihrer Glattheit rasch aneinander legen, vielleicht ein nicht zu ignorirender Factor ist auch die Thränenflüssigkeit und ebenso das Kammerwasser, denen antiseptische Eigenschaften zugeschrieben werden.

Vortragender berichtet sodann über eine Anzahl von Fällen, meistens Verletzungen. Im ersten Falle hatte ein kleiner Junge beim Spielen das Unglück gehabt, mit einem von einem alten Regenschirme herrührenden Stahldrahte sich eine vom oberen bis unteren Scheitel des Bulbus reichende perforirende Wunde zuzuziehen, die in einen grossen Irisprolaps resultirte; a priori war vorauszusehen, dass das Auge inficirt zu Grunde gehen müsste; Stotter excidirte die prolabirte Iris zweimal, im Uebrigen behandelte er antiphlogistisch, und das Auge ward vollständig gerettet. Ein zweiter, ähnlicher Fall, bei dem eine mit Luft überfüllte Bierflasche explodirte und die umher fliegenden Glasscherben eine ähnliche perforirende Cornealwunde setzten, verlief nach sofort vorgenommener Iridectomie ebenfalls glücklich. Ein dritter Fall ist der interessanteste von Allen: Ein dreijähriger Knabe fiel mit seinem rechten Auge auf einen spitz vorspringenden Stein. Resultat: Perforirende Cornealwunde, Irisprolaps. Am nächsten Morgen Iridectomie und Verband; nach 4 Tagen Heilung per primam. Nach einigen Wochen erhält der Knabe einen Stoss von seiner Mutter, fällt mit dem zuvor verletzten Auge auf eine scharfe Sesselkante und erleidet eine perforirende Cornealruptur mit Irisprolaps gerade auf der der alten verheilten Wunde entgegengesetzten Seite: Iridectomie, Verband, Heilung. Vortragender kann sich der Ansicht nicht erwehren, dass die Narbe der erst geheilten Wunde eine viel stärkere Consistenz ha-

ben musste, als die übrige Cornea, sonst müsste die Cornea an der früheren Wundstelle geborsten sein. Es beweise diese Krankengeschichte auch, dass die in neuerer Zeit von Frankreich ausgehende Idee, die nach Cataractoperationen gesetzten Wunden zu nähen, ganz überflüssig ist. Bei derartigen Verletzungen geht Stotter immer möglichst antiseptisch vor. Er reinigt das Operationsfeld mit Carbolsäurelösung und spült mit einer Kochsalzlösung nach. Das Kochen der Instrumente lässt er weg, da die feinen Augeninstrumente oft darunter leiden; statt dessen wischt er dieselben mit Alcohol ab, nachdem sie vorher in einer Carbolsäurelösung gelegen waren. Besondere Sorgfalt ist bei Augenoperationen auf das Nähen zu verwenden; gerade in der Augenchirurgie komme Billroth's Ausspruch: „am Nähen erkennt man den Chirurgen" am besten zur Geltung.

Discussion. Dr. Rosenberg frägt an, wie stark die Carbolsäurelösung sei, die Stotter anwende. — Dr. Bellowsky richtet an den Vortragenden die Frage, welche chemische und physiologische Bewandniss das Auswaschen mit Kochsalzlösung nach vorangegangener Desinfection mit Carbolsäure besitze. — Dr. Stotter bemerkt, dass er 3procentige Carbolsäurelösung zur Desinfection benütze; er spüle deshalb noch mit Kochsalzlösung nach, um eine etwaige Verätzung der Cornea zu verhindern; die chemischen Wirkungen seien ihm nicht bekannt. Dr. Kahn, Secretär.

Deutsche Medicinische Gesellschaft von Chicago, Ill.

Sitzung vom 23. November 1899.

Präsidium: Prof. Dr. E. Klebs.

Das Protocoll der letzten Sitzung wird verlesen und angenommen.

1. Vortrag von Dr. A. Memelsdorf: Ueber die Bedeutung der im Harn gefundenen Epithelien für die Diagnose. (Ist in der Dec.-Nummer dieser Monatsschrift veröffentlicht).

Discussion. Dr. M. Herzog: Ich halte die ganze Eintheilung, wie sie von dem Vortragenden und seinem Lehrer Heitzmann beliebt wird, für eine dogmatische Schachtelung. Man giebt sich einer gefährlichen Täuschung hin, wenn man auf Grund der Epithelien eine genaue Diagnose stellen will. — Dr. D. Lieberthal: Mit Ausnahme der Nierenzellen sind wir nicht im Stande, aus dem microscopischen Epithelienbefunde den Sitz der Krankheit zu bestimmen. — Prof. Dr. Klebs: Ich muss mich entschieden dahin aussprechen, dass hier eine oberflächliche Arbeit von Heitzmann vorliegt. Ob Harnblase

oder Nierenbecken afficirt, ist schon schwer zu entscheiden; reiner Zufall ist es, wenn die Diagnose, bei einem Nephritiker hierauf basirt, stimmt. Es ist nicht zu erwarten, dass wir durch die Harnuntersuchung allein eine Differentialdiagnose machen können. — Dr. Memelsdorf: Dass Epithelien im gesunden Harn vorkommen, wie in der Discussion behauptet wurde, kann ich nicht für richtig halten. Ich habe in den letzten 14 Tagen in 34 untersuchten Urinen niemals Epithelien gefunden. Gekratzte Epithelien oder mit der Centrifuge gewonnene sind zur Beweisführung unzulässig; will man die Epithelien unverändert haben, so darf man nichts anwenden als die einfache Sedimentirung.

2. Ueber ärztliche Zeitungsanzeigen wird zurückverwiesen an den Vorstand.

3. Discussion über deutsches Diplom und hiesige Staatsprüfung. Nach einer lebhaften Debatte einigt man sich auf folgende drei Punkte:

1. Wir sind damit einverstanden, dass die Ablegung eines Examens verlangt wird.

2. Wir sprechen den Wunsch aus, dass mündliche Prüfung und practische Thätigkeit am Krankenbette erforderlich sein sollen.

3. Wir wünschen ferner, dass ein interstaatliches gemeinschaftliches Examen in den Ver. Staaten eingeführt wird.

Auf Antrag von Dr. Ries wird der Schriftführer beauftragt, dem Herausgeber des Journal of the Am. M. Ass. von diesen Beschlüssen officielle Mittheilung zu machen.

Dr. Hans Zeitler wird als Mitglied aufgenommen.

Schluss der Sitzung.

Dr. A. Decker, Schriftführer.

Sitzung vom 14. December 1899.

Präsidium: Prof. Dr. Klebs.

Das Protocoll der letzten Sitzung wird verlesen und genehmigt.

1. Dr. E. Ries: Operative Behandlung der Lebercirrhose.

Dr. E. Ries stellt eine Patientin vor, an der er wegen Lebercirrhose die Talma'sche Operation (Annähen des Netzes an die vordere Bauchwand) vorgenommen hatte. Die Pat. hat das Hospital eine Woche nach der Laparotomie verlassen, hat die vor der Operation alltäglich eintretenden Darmblutungen nicht wieder gehabt und hat seit der Operation (18. August '99) 37 Pfund zugenommen.

Discussion. Prof. Dr. Klebs: Hier ist nicht die Chirurgie der Pathologie vorausgeeilt, sondern hat sich die Forschungen der Pathologie zu Nutze gemacht. Bei der Lebercirrhose kommen zwei Dinge in Betracht, einmal der Grad der Stauung in der Leber und dann der Character der Cirrhose. Den Grad der Stauung kann eine directe Untersuchung während des Le-

bens oft nicht klar machen. Die Milz bietet ebenso untrügliche Symptome, sie ist regelmässig vergrössert und indurirt und in dieser Vergrösserung haben wir einen sicheren Maassstab. Unter dem Namen der Lebercirrhose sind verschiedene Dinge zusammengeworfen worden: 1. oberflächliche Formen, die auch erhebliche Störungen bedingen können; 2. diejenigen Formen, in denen nur partielle, oft sehr tiefgreifende Störungen bindegewebiger Art in der Leber auftreten; 3. die diffuse Cirrhose, welche die stärksten Stauungen bedingt. In diesem Falle handelt es sich um keinen reinen Fall von Cirrhose, sondern um Schnürleber und um einen infectiösen Process. Der Fall bietet günstige Verhältnisse, weil schon Adhaesionen zwischen der Oberfläche der Leber und dem Zwerchfell vorhanden waren. — Dr. Carl Beck: Es wird auch Fälle geben, die nicht so gute Erfolge bieten; man muss sehr vorsichtig sein mit dem post hoc ergo propter hoc. Die Operation ist schon zu Dutzenden gemacht worden, ich selbst habe zweimal mit absolut negativen Resultaten operirt. Ich halte diesen Fall für keine Schnürleber, sondern für eine syphilitische: in anderen Fällen fand sich ein ganz ausgesprochenes Venennetz, in dem Ries'schen nur eine Andeutung. — Prof. Dr. Klebs: Die Venennetze bei Caput Medusae treten nicht so stark nach aussen; ich halte die Interpretation von Dr. Ries für richtig. — Dr. E. Saurenhaus: Das Punctum saliens in diesem Falle ist die Laparotomie. Die einfache Eröffnung der Bauchhöhle und Ablassung des Ascites genügt, Heilung herbeizuführen. — Dr. M. Herzog: Nicht bei allen infectiösen Processen bringt die Laparotomie allein Heilung zu Stande. In jeder Lebercirrhose scheinen Bacterien-Einwanderungen eine gewisse Rolle zu spielen. — Dr. D. Lieberthal: Ich möchte den Chirurgen in Erinnerung bringen, dass es oft gut ist, vorher Jodkalium anzuwenden. — Dr. Ries: Syphilis ist in diesem Falle als aetiologisches Moment auszuschliessen. Ob übrigens die Cirrhose syphilitisch ist oder nicht, ist vielleicht in diesem Stadium irrelevant; die Folgezustände mussten an sich behandelt werden ohne Rücksicht auf vorhergehnde Zustände. Die blosse Laparotomie, sonst sehr werthvoll, ist bei der Lebercirrhose nicht heilend, wie ein von mir in Strassburg erlebter Fall beweist. Die Frage post hoc oder propter hoc muss im vorliegenden Falle zu Gunsten des propter hoc beantwortet werden.

2. Dr. David Lieberthal: Behandlung des acuten Eczems.

(Autoreferat.) Vortragender hält das Eczem für leicht heilbar, wenn nur Ursache, Symptome und Mittel, deren letzterer es eine Menge giebt, aufmerksam erwogen werden. Neben der Fernhaltung von äusseren Schädlichkeiten und der Elimination der Ursache gruppirt er die Mittel den Stadien gemäss:

Im Stadium der Papeln und der rothen Schwellung:

a) bei geringen Reizerscheinungen Streupulver;

b) bei heftigen Reizerscheinungen kalte Umschläge von

tem Alcohol mit oder ohne medicamentösem Zusatz und nachfolgende Einpuderung.

Im Stadium der Krustenbildung:

a) bei geringen Reizerscheinungen indifferente oder milde Deckmittel;

b) bei heftigen Reizerscheinungen kalte Umschläge von Wischwässern (medicinirte Wässer mit Zusatz von Metallsalzen als Schüttelmixtur zu gebrauchen) oder Plumbum aceticum oder Burrow'sche Lösung, jedes 5 Procent mit nachfolgender Einpuderung.

Im Stadium der rothen, schuppenden Flechte indifferente

a) bei Reizerscheinungen, wie bei letzterem;

b) ohne Reizerscheinungen Erweichen der Krusten mit nachfolgendem milden oder indifferenten Deckmitteln.

Im Stadium der rothen, schuppenden Flechte indifferente Salben, Theer, Naphthol oder Lassar'sche Paste.

Hauptgewicht legt der Vortragende auf die Behandlung des Anfangsstadiums, um Steigerung des Processes zu verhüten, und auf das Schlussstadium, um die Krankheit wirklich zum Abschluss zu bringen.

Discussion wird vertagt.

Dr. Lieberthal berichtet noch über einen Fall von Cystinurie bei einem jungen Manne von 25 Jahren. Interessant ist das Auftreten der ersten Symptome und zwar in Form von denen eines eingeklemmten Urethralsteins nach erster gonorrhoischer Infection vor 8 Jahren. Seitdem hatte er drei Anfälle ebenfalls nach Infection. Jedesmal schwanden die Symptome nach Entleerung eines kleinerbsengrossen Steines von Cystin. Grossvater des Pat. mütterlicherseits litt an Harngries. Der Harn des Pat. zeigt immer ein reichliches Sediment von Cystin.

3. Discussion über das Anzeigen in Zeitungen.

Der Vorstand unterbreitet zwei Vorschläge:

a) Majoritätsvorschlag: Die Gesellschaft sieht davon ab, ihren Mitgliedern besondere Directiven über das Anzeigen in Zeitungen zu geben, aber der Vorstand hat die Pflicht, auf Antrag ärztliche Anzeigen, die mehr als Name, Adresse und Telephonnummer enthalten, und Zeitungsberichte zu untersuchen und Unzuträgliches abzustellen. In strittigen Fällen soll in allgemeiner Sitzung entschieden werden.

b) Minoritätsvorschlag des Herrn Dr. Ries: Die Gesellschaft empfiehlt ihren Mitgliedern Zeitungsannoncen zu unterlassen.

Dr. Herzog: Ich wäre für den ersten Vorschlag, wenn die Worte „und Zeitungsberichte" nicht darin enthalten wären, denn diese entziehen sich unserer Jurisdiction.

Prof. Dr. Klebs: Es kann nicht Absicht des Vereins sein, eins oder das andere seiner Mitglieder schädigen zu wollen. Ein Annonceur muss removirt werden, aber eine einfache Anzeige

von Aerzten, welche Unterstützungsgesellschaften angehören, halte ich für legitim.

Dr. Holinger: Wir sollten Anzeigen nicht gestatten, aber Zeitungsberichte für vollständig zulässig erklären. Berichte, die Belehrung und Aufklärung des Publicums enthalten, müssen wir begrüssen.

Dr. L. Loeb: Es ist schwierig, die Reporter fernzuhalten. Man muss vorsichtig sein, einen Zweifel zu hegen gegen denjenigen, dessen Name in die Zeitungen kommt.

Dr. Carl Beck: Wir sollten offener sein. Ein jeder von uns will soviel wie möglich vor das Publicum kommen. Wenn er das nicht eingesteht, so ist er nicht aufrichtig. Wozu uns Fesseln aufbinden, die wir nachher doch brechen müssen?

Dr. Fischkin: Die Frage ist eine ethische. Die Tradition hat sich in bestimmter Weise ausgebildet, verschieden in jedem Lande. Das Anzeigen ist in diesem Lande unanständig und wir müssen uns diese Anschauung aneignen. Was die Zeitungsberichte betrifft, so ist hier der Kampf des Stärkeren gegen den Schwächeren. Der Stärkere kann seine Leistungen an die grosse Glocke hängen, und der Schwächere muss sich eben zufrieden geben. Eine Ausrede ist, dass man den Vereinen oder den Kunden Mittheilung machen muss, man kann das in anderer Weise thun.

Dr. E. Saurenhaus: Ich pflichte persönlich Dr. Fischkin bei. Die Deutsche med. Gesellschaft sollte sich auf den hohen Standpunkt der Chicago Medical Society stellen; ich unterstütze deshalb den Antrag, dass das Annonciren voll und ganz verboten ist.

Dr. M. Herzog erklärt als gewesener Zeitungsmann zu wissen, dass wir kein Mittel hätten, bei den Zeitungsberichten hinter die Wahrheit zu kommen.

Dr. Memelsdorf: Ein Arzt ist sich und seiner Familie Manches schuldig. Wenn er abwesend war und theilt durch die Zeitung seine Rückkehr mit, so wird er nicht in der Achtung seiner Collegen sinken. Nur eine ganz kleine Anzahl ist immer in der Zeitung zu finden. Ich bin überzeugt, dass, was in die politische Zeitungen hineinkommt, meist nicht unverschuldet hineinkommt.

Dr. Pirosch wirft die Frage auf, ob ein Bericht, der mit Champagner bezahlt wird, weniger krämerhaft und unehrenhaft ist, als eine Anzeige, die mit 50 Cents bezahlt wird. Man sollte gegen Aerzte vorgehen, denen es bewiesen werden könnte, dass sie einen Zeitungsartikel zu ihrer Selbstverherrlichung inspirirt hätten.

Dr. Loeb stellt einen dritten Antrag: Die Gesellschaft spricht sich dafür aus, dass ihre Mitglieder sich jeden professionellen Annoncirens in den Zeitungen enthalten und ebenso missbilligt die Gesellschaft jede Reclame durch Berichte an Zeitungsreporter.

Dr. Ries zieht seinen Antrag zu Gunsten des Loeb'schen zurück. In der Abstimmung wird der Antrag des Vorstandes abgelehnt, der Loeb'sche Antrag angenommen.

Schluss der Sitzung.

Dr. Adolf Decker, Schriftführer.

Therapeutische und klinische Notizen.

— *Orphol* (Betanaphtolwismuth) hat sich seit einer Reihe von Jahren als vorzügliches Darmantisepticum bei acutem und chronischem Darmcatarrh, bei den Durchfällen der Phthisiker und bei Abdominaltyphus bewährt. Wenn in dem einen oder anderen Falle das Mittel anscheinend nicht von Erfolg begleitet war, so ist dies nicht dem Präparate, sondern meistens der zu geringen Dosirung zuzuschreiben. Wenn man bedenkt, dass in den Fällen, in denen das Orphol angezeigt ist, eine stark vermehrte Darmperistaltik vorhanden ist, und andererseits wiederum, dass dasselbe selbst in sehr grossen Dosen unschädlich ist, wird man verhältnissmässig grosse Dosen (10 bis 15 Gran für den Erwachsenen) in Anwendung bringen und dieselbe häufiger wiederholen müssen.

— Das *trockene Haematogen* „Schneider" ist jetzt unter dem Namen *Sicco* im Handel. Ueber den therapeutischen Werth desselben vröffentlicht Goldman in Wien eine längere Abhandlung (Deutsche Med. Presse, 1900, No. 5), die er mit folgenden Worten schliesst: „Auf Grundlage ausreichender Erfahrungen und objectiver Beobachtungen ist es also sicher gestellt, dass „Haematogenum siccum Schneider" eine schon in kurzer Zeit erreichbare, energische und beschleunigte Erneuerung der Blutbildung bewirkt, den Appetit sehr gut anregt, eine allgemeine Kräftigung des Gesammtorganismus herbeiführt und somit auch bald den etwa erlittenen Blutverlust reichlich hereinbringt. Seine vollkommene und leichte Löslichkeit gestattet auch eine vielseitige Verwendung durch Mischung in Flüssigkeiten, also in Mixtur, Wein, Thee, Cacao etc., es greift weder die Zähne noch den Magen an, wird von letzterem und auch vom Darme gut vertragen, erzeugt weder Obstipation noch Koliken, wird vollkommen resorbirt und assimilirt, macht sehr guten Appetit und regt die Verdauung vortheilhaft an. Trockenes Haematogenum Schneider hat genau die zehnfache Stärke von flüssigem Haematogen, es zeigt dies die Analyse, ist somit im Verbrauche sehr billig, was namentlich für die Kassen- und Armenpraxis von grossem Vortheile ist und verdient bei der Behandlung von Schwächezuständen nach Blutverlusten, nach schweren Erkrankungen, in der Reconvalescenz, auch bei sonst schwächlichen, herabgekommenen Personen, bei anämischen Zuständen aller Art und bei Chlorose vollste Beachtung und kann mit voller Berechtigung zu den

besten Nähr- und Kräftigungsmitteln gezählt werden."

Zur Orientirung für den Gebrauch von Sicco werden von der Firma Schneider in Berlin die nachfolgenden Receptformeln empfohlen:

I.
Pillen.

℞ Haematogen sicc. Schneider 20,0 g
Rad. Liquir. pulv. 5,0 g
Aq. q. s. ut fiant pil. 200
signa: 3 mal täglich 2 Pillen.

II.
Tabletten.

℞ Haematogen sicc. Schneider 0,25
comprima
fiant tales tabulett. 100.
signa: 3 mal täglich 2 Tabletten.

III.
Capseln.

℞ Capsulae gelat. cum Haematog.
sicc. Schneider 0,5 g
signa: 3 mal täglich 1—2—3 Capseln.

IV.
Kreosot-Capseln.

℞ Capsulae gelat. cum
Haematog. sicc. Schneider 0,3 g
Kreosot 0,02 g
(desgleichen mit Guajacol. Guajacol carbon. etc. in jeder Stärke.)

V.
Chocolade-Pastillen.

℞ Trochisci Haematog. sicc. cacaotin. à 0,25
signa: 3 mal täglich 2—5 Pastillen.

VI.
Abgetheilte Pulver.

℞ Haematog. sicc. Schneider 20,0 g
Eleos. Zingiberis 2,0 g
m. fiat pulv.
div. in partes 40
signa: 3 mal täglich ein Pulver.

VII.
Pulver.

℞ Haematog. sicc. Schneider 20,0 g
Sacchar. lactis 20,0 g
Sacchar. Vanillae 5,0 g
m. fiat pulv.
D. s.: 3 mal täglich einen Theelöffel voll zu nehmen.

VIII.

Mixtur.

℞ Haematog. sicc. Schneider	20,0	g
Tinct. Vanillae	5,0	g
Syr. simplex	30,5	g
Aqua frigida ad	250,0	g

solve signa:
3 mal täglich einen Esslöffel voll.
Kühl aufzubewahren.

IX.

Flüssiges Haematogen.

Haematog. sicc. Schneider	20,0	g
Glycerin, pur.	50,0	g
Vin. Malacense	30,0	g
Aq. frigida ad	250,0	g

X.

Haematogen-Wein.

Haematog. sicc. Schneider	20,0	g
Vinum Xerense	200,0	g

signa: 3 mal täglich ein Liquörglas voll.

XI.

Haematogen-Cacao.

Haematog. sicc. Schneider	20,0	g

signa:
Einen gestrichenen Theelöffel voll auf eine Tasse nicht zu heissem Cacao.

— Fasano in Neapel hat weitgehende Versuche mit Gude's *Pepto-Mangan* angestellt und das Resultat derselben in dem Archivio internazionale di Medicina e Chirurgia (1. Mai 1899) veröffentlicht. Er kommt dabei zu folgenden Schlussfolgerungen: 1. Pepto-Mangan Gude ist unbedingt indicirt in allen Fällen von primärer Anaemie und Chlorose, da dasselbe in ganz kurzer Zeit dem Blute die normale Beschaffenheit verleiht. Zusammen mit einer angemessenen Diät können wir Heilung sogar noch in Fällen erzielen, in denen Anaemie und Chlorose ein schon mehr oder minder vorgeschrittenes Stadium erreicht haben. In allen diesen Fällen konnte F. beobachten, dass das Präparat sehr gut vertragen wurde und nicht die geringsten Störungen verursachte. 2. In vielen Fällen von secundären Anaemien, wie nach Malaria und Syphilis, nach Metrorrhagien, Menorrhagien etc. bringt das Pepto-Mangan Gude die Anaemie zum Verschwinden und setzt den Organismus in den Stand, erfolgreich gegen die Grundkrankheit anzukämpfen. 3. Auch bei Scrophulose und Rachitis leistet das Gude'sche Pepto-Mangan werthvolle Dienste, und genügt manchmal der alleinige Gebrauch desselben zur Heilung leichter und mittelschwerer Fälle.

Ein zweckmässiger Sterilisations-Apparat.

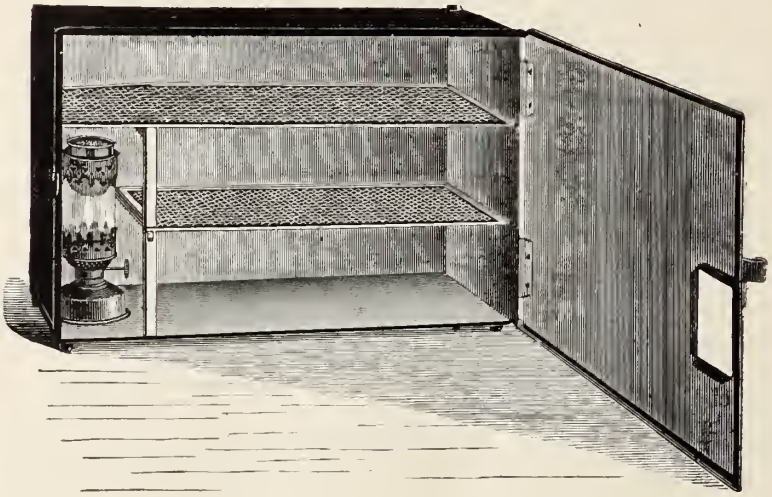
Seit einer Reihe von Jahren schon hat in der Chirurgie die Antisepsis der Asepsis Platz gemacht; die letztere immer vollkommener und idealer zu gestalten, ist das ständige Bestreben der Chirurgen. Wir suchen das Operationsfeld vollständig keimfrei zu machen, operiren mit keimfreien Händen und Instrumenten, benützen nur sterile Verbandstoffe etc., und man kann sagen, dass in Hospitälern und ähnlichen Anstalten bezüglich der Asepsis das denkbar Möglichste erreicht wird. Hier stehen zur Sterilisirung der Instrumente, Operationsmäntel, Handschuhe, Schwämme, Verbandstoffe etc. treffliche und zuverlässige Sterilisationsapparate zur Verfügung, ausserdem genügendes Personal zur Vornahme der zum Sterilisiren nöthigen Maassnahmen.

Anders sieht es in der Privat- und Landpraxis aus. Hier steht immer noch vielfach der Anwendung einer aseptischen Wundbehandlung die Beschaffung eines zweckmässigen Sterilisationsapparates im Wege. Es ist zwar eine ziemliche Anzahl derartiger für den Gebrauch des practischen Arztes geeignet sein sollender Apparate hergestellt worden, allein die meisten derselben oder fast alle sind zu complicirt, zu schwer zu handhaben und vor Allem auch zu kostspielig. Die meisten Aerzte begnügen sich denn auch damit, ihre Instrumente einfach auszukochen oder für kürzere oder längere Dauer in eine antiseptische Lösung zu legen, ein Verfahren, das ja, wenn richtig ausgeführt, zur Keimfreimachung vollkommen ausreichend ist, allein, wie bekannt, doch bedeutende Nachtheile hat und vor Allem auch nicht bei allen Utensilien anwendbar ist. Bei Verbandstoffen, Watte, Gaze etc. giebt man sich meistens damit zufrieden, dass dieselben vom Fabrikanten aus mit dem Vermerk „Sterilisirt" versehen sind.

Einen Sterilisationsapparat nun, der vollkommen zuverlässig, äusserst leicht zu handhaben und sowohl in der Anschaffung wie im Betriebe sehr billig ist, besitzen wir in dem Schering'schen Formalin-Sterilisator. Die keimtödtende Eigenschaft des zuerst im Jahre 1868 von v. Hoffmann dargestellten Formaldehyds resp. dessen 40proc. Lösung, des Formalins, ist zur Genüge bekannt. Für Desinfections- und Sterilisationszwecke hat sich das gasförmige Formaldehyd als das brauchbarste erwiesen. Dasselbe wird einerseits durch unvollständige Verbrennung von Methylalcohol erzeugt, aber nur in so geringem Maasse, dass es in dieser Weise practisch nicht zu verwerthen ist, andererseits durch Erhitzen von Paraform, einer polymeren Form des Formaldehyds, die entsteht, wenn letzterer bis unter 170° C. abgekühlt wird. Aus dem Paraform nun hat die Firma Schering in Berlin unter dem Namen Formalinpastillen comprimirte Tabletten hergestellt, die beim Erhitzen wieder in ihren ursprünglichen Zustand als gasförmiges Formaldehyd übergehen.

Auf dieser Eigenschaft des Paraforms basirt der Schering'sche

Sterilisator. Derselbe (s. Abbildung) besteht aus einem 18 Zoll breiten, 11½ Zoll hohen und 8 Zoll tiefen Metallbehälter von nahezu einem Cubikfuss Rauminhalt und schliesst luftdicht genug, um das Entweichen des gebildeten Formaldehyds zu verhindern. Im Innern befindet sich eine kleinere Abtheilung zur Aufnahme der Verbrennungslampe und ausserdem drei grössere Abtheilungen für die zu sterilisirende Instrumente, Verbandstoffe etc. Das Sterilisiren wird in der Weise vorgenommen, dass eine Formalinpastille zu 0,3 g in den hierfür an der Lampe angebrachten Behälter gelegt und die Lampe angezündet wird, worauf der Sterilisator geschlossen wird. In der Thüre desselben



befindet sich eine kleine viereckige Glasscheibe zur Beobachtung der Flamme. Wenn der Apparat leer ist, brennt die Lampe ca. 20 Minuten lang; 5 Minuten Brennzeit sind genügend zur vollständigen Vergasung der Formalinpastille und Umwandlung derselben in Formaldehyd. In 10—15 Minuten wird eine vollständige Sterilisirung des gesammten Inhaltes erzielt.

Durch eine Reihe eingehender experimenteller Untersuchungen und bacteriologischer Nachprüfungen ist die Brauchbarkeit und Zuverlässigkeit des Schering'schen Sterilisationsapparates zur Genüge festgestellt. Es soll hier nur auf die Arbeiten von Reik und Watson (Bull. of the Johns Hopkins Hospital, Dec. 1897), Reik (ibidem März 1898) und Richardson (New York Med. Journ., 24. Juni 1899) hingewiesen werden. Besonders Reik und Watson betonen u. a., dass 3 Gran Paraform in 15 Minuten eine vollkommene Sterilisirung bewir-

ken, dass die Kosten dieser Sterilisirung incl. des Verbrauches an Paraform und Alcohol einen Cent nicht übersteigen, und dass ferner die hierzu nöthige Arbeit gleich Null ist.

Wenn der Schering'sche Apparat auch nicht dazu bestimmt ist, die grösseren Sterilisationsapparate in den Hospitälern zu ersetzen, so ist er doch von grossem Vortheil für den practischen Arzt und Landarzt, dem es darauf ankommt, mit wenig Zeit- und Kostenaufwand die in der täglichen Praxis benöthigten Instrumente, Catheter, Verbandstoffe etc. keimfrei zu machen. Ein weiterer nicht zu unterschätzender Vorzug ist ferner der, dass das Formaldehyd keinerlei Materialien, weder Gummi, noch Leder und Seide u. dgl. in irgend einer Weise beschädigt, so dass das Sterilisiren in dem Schering'schen Apparate auf alle nur irgendwie denkbare Utensilien ausgedehnt werden kann.

Erwähnt sei noch, dass die Lampe aus dem Apparat entfernt und zu sonstigen Desinfectionszwecken in anderen Räumlichkeiten benützt werden kann, und wird in dieser Beziehung auf den früher in dieser Monatsschrift (1897, S. 619) erschienenen Artikel „Wohnungsdesinfection mittels Formalinlampen" hingewiesen. R.

Schieffelin's Medicated Soaps

are made from pure, neutral, white soap, and contain no sugar, starch, silicate or filling material, and no coloring or pigment is added.

We guarantee that the percentage of medicament has been added as per label, and that the soap is thoroughly mixed. A descriptive pamphlet mailed to applicants.

Schieffelin & Co., New York.

Kleine Mittheilungen.

— (*Hochschulnachrichten.*) Berlin. Der Geheime Medicinalrath Prof. Dr. Albert Eulenburg, der der hiesigen Universität bisher als Privadocent angehörte, hat eine ausserordentliche Professur erhalten.

Erlangen. Dem Privatdocenten und dermaligen ersten Assistenten der chirurgischen Klinik, Dr. Max v. Kryger, wurde die Function eines Oberarztes an der bezeichneten Klinik in widerruflicher Weise übertragen.

Marburg. Prof. Ernst Küster feierte sein 25jähriges Jubiläum als Universitätslehrer.

— (*Todesfälle.*) Dr. Rudolf v. Limbeck, Privatdocent für innere Medicin an der Universität Wien. — Dr. George Vinar Ellis, ehemaliger Professor der Anatomie am University College in London. — Dr. Benjamin F. Leonard, Professor der Gynäcologie und Pädiatrie am Baltimore Med. College. (Münch. Med. Wochenschr. 1900, No. 20.)

— *Verzogen.* Dr. A. Schapringer nach 926 Madison Avenue, Dr. Franz Torek nach 59 Ost 60. Strasse, Dr. Jacoby nach 605 Madison Avenue, Dr. Ernst Schottky nach 339 West 55. Strasse.

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen, u. s. w., sind zu richten an: Medical Monthly Publishing Co., 36 Beekman Street, New York. Manuscripte und Anfragen bezüglich des Inhalts an den Redacteur, Dr. A. Ripperger, 126 Ost 122. Strasse, New York City.

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago und Cleveland.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XII. New York, Juni 1900. No. 6.

ORIGINALARBEITEN.

Clinische Experimente mit Nirvanin.

Von F. C. Floeckinger, M. D., La Grange, Texas.

Der Zweck dieses Artikels ist nicht, Neues über die physiologische Wirkung dieses Präparates zu veröffentlichen, sondern den Vortheil über Cocain als ein Localanästheticum in clinischer Beziehung zu demonstriren. Es sind seit der Einführung dieses Präparates in die Materia Medica schon so viele Artikel über die Wirkung dieses Präparates erschienen, dass ich mich so kurz als möglich fassen werde, und verweise ich auf die bisher erschienene Literatur. Die ersten Untersuchungen über dieses Präparat stellten Einhorn und Heintze an und kurze Zeit darauf Norval H. Pierce hier in den Vereinigten Staaten. Doch vor Allem gebührt Luxenburger das Verdienst, eingehende Experimente mit Nirvanin vorgenommen zu haben. Luxenburger legte seine Erfahrungen in der Münchener medicinischen Wochenschrift nieder. Seine Beobachtungen erstrecken sich auf 134 grosse und kleine Operationen, welche unter localer Anaesthesie mittels Nirvanin ausgeführt wurden und zwar mit durchgehend ausgezeichnetem Erfolge.

Das Präparat kann angewendet werden in Form von Lösung als subcutane Injection, sowie auch in Form von Schleich's Solution, respective als eine Modification der Schleich'schen Lösung.

Es ist ja allgemein bekannt, dass nach Anwendung von Cocainum hydrochloricum in Form von subcutanen Injectionen oftmals toxische Erscheinungen auftreten in Folge von Einwirkung des Präparates auf das Centralnervensystem. Daher scheut sich

der Arzt oft, das Präparat anzuwenden; treten toxische Erscheinungen auf und eventuell Exitus letalis, so kann man bestimmt rechnen, dass in der gewöhnlichen Praxis die Schuld dem Arzte zugeschoben wird.

Die Maximumdosis von Cocain. hydrochl. in subcutaner Anwendung beträgt 0.05 Gramm und doch kann ich Fälle aus meiner Praxis aufzählen, in denen nach Injection einer solchen Dosis doch nur eine sehr geringe Analgesie eintrat und der operative Eingriff schmerzvoll war. In anderen Fällen konnte ich schon nach subcutaner Anwendung von 0.016 Gramm Cocain toxische Erscheinungen nachweisen. Ich meine damit nicht, dass sich diese Fälle auf Kinder beziehen, sondern auf Erwachsene, denn gewiss wird jeder Arzt die Dosis je nach dem Alter des Kindes reduciren. Ich erinnere mich eines Falles aus meiner Praxis, wo bei einer 28jährigen Frau nach subcutaner Injection von 0.016 Gramm Cocain. hydrochl. in die Fusssohle solche toxische Störungen von Seiten des Centralnervensystems sich einstellten, dass ich zur artificiellen Respiration greifen musste, um Patientin aus dem Collaps zu erwecken. Diese verschiedene Wirkung des Cocain's in subcutaner Anwendung bei Erwachsenen schreckt die Aerzte oftmals zurück, das Präparat anzuwenden.

Ferner besitzt das Cocain keine antiseptische Kraft, und die Lösung kann nicht lange gebraucht werden. Dieselbe zersetzt sich und bei Anwendung einer solchen Lösung kann sehr leicht eine Infection stattfinden. Allgemein ist bekannt, dass eine subcutane Injection von Cocain meistens einen brennenden Schmerz verursacht. Doch fand ich in meiner Praxis, dass diese Schmerzerscheinung zum grossen Theile auf zu hastiges Entleeren der Spritze zurückzuführen ist. Auch der Nachschmerz, der oft durch die subcutane Anwendung von Cocain. hydrochl. hervorgerufen wird, darf nicht ausser Acht gelassen werden. Betrachten wir nun alle die oben erwähnten Punkte, so werden wir mit Freuden ein Substitut für Cocain. hydrochl. anwenden, welches

1. nicht toxisch auf das Centralnervensystem bei normaler Dosis wirkt;

2. antiseptische Eigenschaften besitzt, durch welches das Präparat keine Infection bewirkt und auch länger erhalten werden kann;

3. bei subcutaner Injection keinen Schmerz bedingt;

4. keinen Nachschmerz bewirkt und

5. eine sichere analgetische Wirkung besitzt. Alle diese eben genannten Eigenschaften besitzt das Nirvanin.

Die Schleich'sche Infiltrationsmethode war ein Schritt, welcher die Anwendung von Cocain als ein Localanästheticum wieder in den Vordergrund brachte, und da die Dosis in der Schleich'schen Lösung eine sehr geringe ist, so traten Vergiftungserscheinungen seltener auf. Trotzdem wurden Fälle veröffentlicht, in welchen Vergiftungserscheinungen nach Anwendung von Cocain in Schleich'scher Lösung auftraten. Trotzdem ich die Schleich'sche Infiltrationsmethode in 41 Fällen anwandte, muss ich bemerken, dass ich in keinem einzigen Falle toxische Erscheinungen beobachten konnte. Wenn wir aber beobachten, dass Cocain zehn Mal stärkere Wirkung auf den Organismus ausübt, als Nirvanin in gleicher Dosis, mit demselben analgetischen Effect, so müssen wir Nirvanin auf jeden Fall den Vorzug geben.

Luxenburger in seinen bacteriologischen Untersuchungen über Nirvanin fand, dass das Präparat eine starke antibacterielle Kraft besitzt und verweise ich auf seine Arbeit.

Ferner ist die Analgesie bei Anwendung von Nirvanin eine viel länger anhaltende, als die des Cocains bei gleicher Dosirung. Nehmen wir bei Operationen an den Extremitäten die Oberst-Braun'sche Methode zu Hülfe, so können wir die grössten Operationen an denselben ohne Schmerz ausführen. Speciell wenn operative Eingriffe bei alten Leuten vorzunehmen sind, welche an chronischen Krankheiten des Herzens, der Lungen oder Nieren leiden und dadurch eine Anwendung von Chloroform oder Aether ausgeschlossen ist, werden wir in Nirvanin ein ausgezeichnetes Localanästheticum finden.

In meiner Tabelle, die ich später folgen lasse, wird man in Casus 15 eine radicale Operation einer äusseren Inguinalhernie verzeichnet finden. Dieser Fall ist von speciellem Interesse, da er einen 68jährigen Mann betrifft, an welchem ich die Bassini'sche Radicaloperation unter der Schleich'schen Infiltrationsmethode mit Nirvanin anstatt mit Cocain vollständig schmerzlos ausführte. Der Patient litt an hochgradiger Arteriosclerose, und in Folge dessen fand ich es für rathsam, die Operation unter localer Anästhesie auszuführen. Die Abdominalmuskeln wurden an das Poupart'sche Ligamentum angenäht nach der bekannten Weise. Dieser Theil war etwas schmerzhaft, jedoch glaube ich, dass dies auf die fehlerhafte Technik meinerseits zurückzuführen

war. Das Vorziehen der Gedärme war nicht schmerzhaft, jedoch bewirkte diese Manipulation eine krampfartige Colik, welche jedoch nach der Reponirung der Gedärme in die Bauchhöhle verschwand. Ich bin der Ansicht, dass dies eine Reflexerscheinung war und nicht auf die Action des Nirvanins zurückzuführen ist. Der andere Theil der Operation war vollkommen schmerzlos. Ferner möchte ich bemerken, dass in diesem Falle die Maximaldosis von Nirvanin überschritten wurde und dennoch keine toxische Erscheinungen zu Tage traten. Die Wunde heilte per primam intentionem.

Für Bruchoperationen eignet sich die Infiltrationsmethode besser als die subcutane Anwedung von Nirvaninlösung. Wenn eine Bruchoperation unter localer Anästhesie mit Erfolg ausgeführt werden soll, so ist es unbedingt nothwendig, dass alle grösseren sensiblen Hautnerven zuerst empfindungslos gemacht werden, um die Hautincision schmerzlos vorzunehmen. Es ist ein Gesetz des Chirurgen, so grosse Hautschnitte zu machen als möglich, damit man das Operationsfeld frei übersehen kann, und darum ist es auch nöthig, dass eine grössere Menge von Lösung in die Haut injicirt wird. Da dies nur mit Hülfe von Infiltration möglich ist, so ist auch nur diese Methode für derartige Operationen angezeigt und die subcutane Injection einer Lösung nicht rathsam. Sollte man die subcutane Injection anwenden, so müsste man eine grosse Quantität Lösung verwenden, dass toxische Erscheinungen unausbleiblich sein würden. Mittels der Infiltrationsmethode können wir sowohl die Hautschichten als auch die tieferen Muskelschichten vollkommen unempfindlich machen. Nach Freilegung der tieferen Schichten und des Ileo-Inguinalnerven ist es nothwendig, die Infiltration in das den Nerven umgebende Gewebe vorzunehmen. Je höher man dieselbe vornimmt, um so ausgedehnter wird die Analgesie sein.

In Casus 14, ein Fall von strangulirter Femoralhernie bei einer Frau von 46 Jahren, nahm ich die Operation unter localer Anästhesie mittels Nirvanin-Infiltration vor, da Patientin sich scheute, einer Inhalationsanästhesie sich zu unterwerfen. Ich wandte Nirvanininfiltration an und muss sagen mit ausgezeichnetem Erfolge. Die Strangulation dauerte 8 Stunden, und ein anderer Arzt hatte den Fall in Behandlung, bevor ich gerufen wurde. Die Dünndarmschlinge, welche strangulirt war, zeigte sich als lebensfähig und wurde in die Bauchhöhle zurückgeschoben. Das Ziehen an der Dünndarmschlinge verursachte eben-

falls eine Colik, und war dies die einzige Schmerzerscheinung, die Patientin hatte. Die Analgesie dauerte 42 Minuten, während die Ausführung der Operation nur 36 Minuten in Anspruch nahm. Für alle derartigen Operationen gebrauchte ich eine 1%, eine ½% und eine ¼% Lösung. Mit diesen Lösungen kann man irgend eine Operation dieser Art schmerzlos ausführen. Ist eine grössere Hautstrecke unempfindlich zu machen, so wende man lieber eine ¼% oder ½% Lösung an und verwende eine 1% Lösung für die tieferen Schichten. In manchen Fällen, in denen nur eine kleine, tiefe Stelle unempfindlich gemacht werden soll, kann man auch eine 2% Lösung in Anwendung bringen. Die Stärke der Lösung für regionäre Anästhesie ist eine 2% und ist genügend stark, um eine Operation schmerzlos auszuführen. Namentlich bei Operationen an den Extremitäten, bei welchen man noch die Oberst-Braun'sche Methode zu Hülfe nehmen kann, ist diese Stärke vollkommen genügend. Von dieser Lösung gebrauche ich für gewöhnlich 5 bis 25 ccm., das ist von 0.1 bis 0.5 Gramm Nirvanin. Als Lösungsmittel gebrauchte ich in allen Fällen eine physiologische Kochsalzlösung und fand, dass eine erwärmte Lösung eine schnellere Anästhesie bewirkte, als eine kalte. Ich nahm Versuche an mir selbst vor, und die folgende Tabelle zeigt das Resultat meiner Experimente:

Stärke der Lösung	5 ccm. Nirvaninsolution — kalt	
½ %	14	Minuten bis
1 %	9	zum Eintritt
2 %	5	der Analgesie.

Stärke der Lösung	5 ccm. Nirvaninsolution — warm	
½ %	10	Minuten bis
1 %	6	zum Eintritt
2 %	4	der Analgesie.

Diese Tabellen sind für den practischen Gebrauch jedoch von keiner grossen Wichtigkeit und richtet sich der Eintritt der Analgesie je nach der topographischen Anatomie der sensiblen Nerven. Bei Anwendung der Infiltrationsmethode hat die Erwärmung der Lösung keinen Einfluss auf den Zeitraum bis zum Eintritt der vollkommenen Analgesie. Schleich selbst bemerkt in seinen Vorlesungen, dass die Erwärmung der Lösung die Injectionen schmerzhaft gestaltet. Durch Erhitzen verliert auch die Schleich'sche Lösung zum Theile ihre Wirkung. Es würde nicht am Platze sein, hier näher auf die Technik der Schleich'schen Infiltration einzugehen und verweise ich deshalb auf die auf diesem Gebiete erschienene Literatur.

Die Injectionen müssen langsam vorgenommen werden, sonst sind dieselben schmerzhaft. Nachschmerz ist ebenfalls heftiger bei zu schneller Entleerung der Injectionsflüssigkeit. Bei richtiger technischer Ausführung und Anwendung von Chloraethylspray ist der Vorgang vollständig unempfindlich. Bei Operationen an entzündeten Organen, als bei Carbunkeln und Furunkeln ist es nothwendig, dass man nicht direct in das entzündete Gewebe die Solution entleert, sondern langsam von der Peripherie gegen das Centrum vorgeht. Ferner unterlasse man ja nicht, die dem Carbunkel unterliegende Fascie ebenfalls zu infiltriren, sonst wird die Incision eine schmerzhafte sein. Nur unter dieser Regel wird man Erfolg haben und es nimmt Uebung, Geschick und viel Geduld von Seiten des Arztes, um guten Erfolg zu erzielen. Bei Entfernung von Tumoren, welche in oder unter der Haut liegen, unterlasse man ja nicht, die Basis auf welcher der Tumor aufsitzt ebenfalls zu infiltriren, sonst wird die Ablösung des Tumors vom Grunde eine schmerzhafte sein.

Luxenburger in seinem Artikel über die Anwendung von Nirvanin in der Münchener Medicinischen Wochenschrift (No. 1 und 2, 1899) berichtet in der Tabelle über einen Fall (8) von Excision eines Fibroms vom Unterkiefer, welches dem Perioste des Unterkiefers aufsass. Er berichtet, dass die Ablösung des Tumors vom Perioste des Unterkiefers schmerzhaft und dies nur auf ungenügende Infiltraton des Periostes zurückzuführen war.

Für Operationen an entzündeten Geweben und zur Entfernung von Tumoren eignet sich die Infiltrationsmethode besser, als die Anwendung von subcutanen Injectionen.

Im Ganzen führte ich 24 Operationen mittels localer Nirvaninanästhesie aus und mit ausgezeichnetem Erfolge. Von diesen 24 Operationen wurden 10 Fälle mittels der Infiltrationsmethode anästhesirt. In Fall 2 versuchte ich experimentaler Weise eine 2% Lösung per Infiltration und wurden 18 ccm. injicirt, ohne dass irgend welche toxische Erscheinungen zu Tage traten. Ich möchte jedoch bemerken, dass es absolut unnöthig ist, eine solche starke Lösung zu gebrauchen, und dass man mit schwächeren Lösungen genau denselben Effect erzielen kann. Der Schwächeanfall in Fall 7 ist nach meiner Ansicht auf abdominalen Shock zurückzuführen. Analeptica brachten eine Restitutio in einigen Minuten zu Stande, so dass die Operation ohne grossen Zeitverlust ausgeführt werden konnte. Betrachten wir

Fall 23, so finden wir, dass 0.37 Gramm Nirvanin in das Gesicht injicirt, keine toxischen Erscheinungen verursachten. Der Fall betrifft einen 78jährigen Greis, und es ist allgemein bekannt, dass gerade bei alten Personen Cocainlösungen in das Gesicht injicirt, sehr leicht toxische Erscheinungen hervorrufen. In keinem einzigen Falle konnte ich alarmirende Störungen von Seiten des Centralnervensystems constatiren, und war auch die Analgesie eine andauernde.

Die Dauer der Analgesie ist auch verschieden, und in einem Falle dauerte dieselbe 48 Minuten, also genügend Zeit, um grössere Operationen schmerzlos auszuführen. Die verschiedene Dauer der Analgesie bei gleichartiger Dosirung und Anwendung ist auf die verschiedene Lage der sensiblen Nervenfasern zurückzuführen. Je mehr man sich den grösseren Zweigen der sensiblen Nerven nähert, desto länger anhaltend wird die Analgesie sein. Werden nur die peripheren Endungen der sensiblen Nerven getroffen, so wird die Analgesie von nicht langer Dauer sein.

In einem Falle von Excision eines tuberculoesen Talus bei einem 8jährigen Negerjungen injicirte ich 25 ccm. einer 2% Nirvaninlösung, ohne dass Störungen von Seiten des Centralnervensystems constatirt werden konnten. In diesem Falle wandte ich die regionäre Anästhesie an und verlief die Operation vollkommen schmerzlos.

Nachfolgend die Liste meiner Operationen, die ich unter Nirvaninanästhesie ausführte. (Siehe Seite 350 und 351.)

In allen Fällen wo regionäre Anästhesie angewandt wurde, gebrauchte ich höchstens eine 2% Lösung und erachte ich diese Stärke für vollkommen genügend.

Die Oberst-Braun'sche Methode nahm ich in 6 Fällen zu Hülfe und ist die Technik derselben folgende: Nach Constriction des zu operirenden Gliedes mit einem dünnen Gummischlauch wurde die Stelle, an welcher die Injection ausgeführt werden sollte, mittels Chloraethylspray unempfindlich gemacht. Je nach dem Verlaufe der sensiblen Nerven wurde nun die Nadel vor dem Constrictionsschlauch an mehreren Stellen langsam in das subcutane Gewebe eingestochen und langsam gegen das Periost zu die Injectionsflüssigkeit entleert. Die Nadel wird gegen das distale Ende des Gliedes eingestochen. Nach kurzer Zeit tritt eine analgetische Zone vor dem Gummischlauch auf, welche sich langsam gegen die Peripherie des Gliedes aus-

Nummer der Fälle	Diagnose	Operation	Anzahl der Minuten bis zum Eintritt der Analgesie	Stärke der Lösung	Anzahl der angewandten ccm	Temperatur der Lösung	Oberst Braun'sche Methode	Infiltrationsmethode	Mittels Injection	Dauer der Operation in Minuten	Dauer der Analgesie	Schmerz bei der Injection	Nachschmerz	Grad der erzielten Analgesie
1	Cystadenoma mammae	Enucleation	4.12	2 %	5	warm	—	—	ja	6	40	nein	ein wenig	schmerzlos
2	Ulcus rotundum faciei dextr.	Excision, Tamponade	5.00	2 %	5	warm	—	—	ja	23	36	nein	nein	nahezu schmerzlos
3	Subperiostaler Abcess der Tibia.	Incision, Curettment, Tamponade	5.28	2 %	5	warm	ja	—	ja	8	9.20	nein	nein	schmerzlos
4	Tendovaginitis am zweiten Finger.	Incision	4.36	2 %	5	warm	ja	—	ja	6	7.12	nein	nein	schmerzlos
5	Tonsillarhypertrophie.	Tonsillotomie	7.00	2 %	3	warm	—	—	ja	1/60	?	ein wenig	nein	nahezu schmerzlos
6	do.	do.	6.42	2 %	5	warm	—	—	ja	1/60	?	ein wenig	nein	schmerzlos
7	Retroflexio uteri ohne Adhaesionen.	Laparotomie, Ventrofixation	7.00	2 %	3 in 60 ccm Schleich	warm	—	ja	in Cervix Uteri	18	46	nein	nein	Stiche durch Uterus schmerzhaft sonst schmerzlos
8	Stenosis ossis uteri extern.	Plastische Operation	6.00	2 %	5	warm	—	—	—	16	34	nein	nein	schmerzlos
9	Incarnatio unguis, mit onychia.	Partielle Excision des Nagels und der Granulationen	7.00	2 %	5	warm	ja	—	ja	6	6.45	nein	nein	schmerzlos
10	Atheroma hinter dem Ohre.	Excision	5.00	2 %	5	warm	—	—	ja	12	28	nein	wenig	Excision der Basis des Sackes etwas schmerzhaft
11	Atheroma supraorbit. dextr.	Enucleation	4.30	2 %	3 in 70 ccm Schleich	warm	—	ja	—	4	27	nein	nein	schmerzlos
12	Tonsillarhypertrophie auf beiden Seiten.	Tonsillotomie	6.40	2 %	5	warm	—	—	ja	1/60	?	wenig	nein	schmerzlos

Nummer der Fälle	Diagnose	Operation	Anzahl der Minuten bis zum Eintritt der Analgesie	Stärke der Lösung	Anzahl der angewandten ccm	Temperatur der Lösung	Oberst Braun'sche Methode	Infiltrationsmethode	Mittels Injection	Dauer der Operation in Minuten	Dauer der Analgesie	Schmerz bei der Injection	Nachschmerz	Grad der erzielten Analgesie
13	Tonsillar-hypertrophie auf beiden Seiten	Tonsillotomie	6.10	2 %	5	warm	—	—	ja	1/60	?	nein	nein	schmerzlos
14	Eingeklemmte Hernia femoral. dextr.	Herniotomie	7.15	2 %	3 in 75 ccm Schleich	warm	—	ja	—	26	42	nein	nein	Hervorziehen der Schlinge schmerzh. sonst schmerzlos
15	Hernia inguinalis extern. sinistr.	Bassini's Radical-Operation	6.00	2 %	3 in 70 ccm Schleich	warm	—	ja	—	18	35	nein	etwas	schmerzlos
16	Tuberculosis Ossis Tali	Exstirpation des Talus	5.14	2 %	5	warm	ja	—	ja	13	18	nein	nein	schmerzlos
17	Tendovaginitis des Zeigefingers 3. Phalanx	Incision	4.50	2 %	5	warm	ja	—	ja	¼	1	nein	nein	schmerzlos
18	Phymose	Circumcision	5.10	2 %	5	warm	Constrict d. Penis	—	ja	6	7	nein	nein	schmerzlos
19	Lipoma in der linken Lumbalregion	Exstirpation	4.15	2 %	3 ccm Schleich	warm		ja	—	4	?	nein	nein	schmerzlos
20	Laceratio cervicis uteri unilateralis	Anfrischen und Naht	5.10	2 %	5	kalt		—	auf beiden Seiten des Cervix uteri	9	22	etwas	nein	schmerzlos
21	Carbunkel im Nacken	Tiefe Incision	6.18	2 %	3 in 60 ccm Schleich	kalt	—	ja		¼	18	etwas	nein	schmerzlos
22	Ranula sublingualis	Excision	nicht complet nach 8 min.	2 %	5	kalt	—	—	in das sublinguale Gewebe	¼	?	schmerzhaft	heftig	schmerzhaft
23	Plastische Operation des Falles No. 2	Hautverschiebung und Naht	5.36	2 %	5	warm	—	—	ja	14	26	nein	nein	etwas schmerzhaft am Ende
24	Laceratio Digiti II, Phalanx I	Amputation des Metacarpalgelenkes	4.32	2 %	5	warm	ja	—	ja	8	9 15	nein	nein	schmerzlos

dehnt. Nach einigen Minuten war das Glied vollkommen empfindungslos, und konnte irgend eine Operation an den Sehnen, Sehnenscheiden, Periost und Knochen frei von Schmerz ausgeführt werden. Die Patienten behaupten, dass das Glied sich wie todt anfühlt und jede Empfindung vollkommen erloschen ist. Nach Entfernung des Gummischlauches trat etwas Prickeln und Jucken an der Peripherie des operirten Gliedes auf, und dieses Gefühl schritt langsam gegen den medialen Theil des Gliedes vor.

In allen Operationen, in denen ich die O b e r s t-B r a u n'sche Methode zu Hülfe nahm, wandte ich Nirvanin in subcutaner Injection an. Sehen wir uns die Liste der ausgeführten Operationen durch, so werden wir finden, dass sozusagen in allen Fällen die Operation vollkommen schmerzlos ausgeführt werden konnte.

Unter regionärer Anästhesie operirte ich in 6 Fällen. Grössere Operationen an den Extremitäten, wie Resectionen und Exarticulationen konnten vollkommen schmerzlos ausgeführt werden. Seit der Bearbeitung dieses Artikels hatte ich Gelegenheit, eine Exarticulation des Fusses im C h r o b a c k'schen Gelenke auszuführen. Ich wandte die regionäre Anästhesie an und muss bekennen, mit gutem Erfolge. Es wurden über 0.5 Gramm Nirvanin gebraucht, und die einzigen toxischen Erscheinungen, die zu Tage traten, waren: Vertigo, Nausea und Flimmern vor den Augen. Diese Symptome verschwanden jedoch sehr bald bei subcutaner Anwendung von $^1/_{30}$ Gran Strychnin. nitr., und konnte die Operation ohne weitere Störungen ausgeführt werden. Störungen von Seiten der Respiration konnte ich nicht bemerken. Der Rythmus der Herzaction war ein etwas beschleunigter, doch ein regelmässiger. Diese ist die erste grössere Operation, die ich an den Extremitäten mit Hülfe der regionären Anästhesie ausführte und ich muss bekennen, dass der Erfolg dieser Operation sehr ermuthigend ist. Jedoch enthalte ich mich jeden Lobes, da dieser einzige Fall nicht maassgebend ist und der Zweck der Veröffentlichung nur darin besteht, diejenigen Aerzte, die glücklich genug sind, genügend Material an Hand zu haben, anzuspornen, diese Methode zu versuchen und womöglich Verbesserungen in der Technik der localen Anästhesie einzuführen. Ob die locale Anästhesie soweit ausgedehnt werden kann, um die Durchsägung des Knochens schmerzlos zu gestalten, bin ich nicht in der Lage zu constatiren, da ich keine Amputation ausführte, sondern nur Exarticulationen.

In gynäcologischen Operationen ist nach meinen Erfahrungen die locale Anästhesie mittels Nirvanin werthvoll und können plastische Operationen an der Vulva, Vagina und unterem Uterusabschnitte mittels dieser Methode schmerzlos ausgeführt werden. In Fällen von Operationen für unilaterale oder bilaterale Laceration wird im Allgemeinen die Inhalationsanästhesie gebraucht (wenigstens hier in Texas, soweit meine Erfahrungen reichen) und wäre es sehr wünschenswerth, wenn einige Aerzte Experimente in dieser Beziehung vornehmen würden. Ich bin sicher, dass derjenige, der die locale Anästhesie einmal richtig gebraucht hat, dieselbe wieder gebrauchen wird.

Das Resumé meiner Experimente würde folgendes sein:

1) Cocain hat eine zehnmal giftigere Wirkung als Nirvanin bei gleicher Dosirung.

2) Störungen von Seiten des Centralnervensystems und toxische Erscheinungen bei Anwendung von Nirvanin in obengenannter Dosis fanden in keinem einzigen Falle statt.

3) Nirvanin hat eine antibacterielle Wirkung, während dieselbe dem Cocain vollkommen fehlt; daher ist eine Infection bei Anwendung von Nirvanin vollkommen ausgeschlossen.

4) Die Analgesie bei Anwendung von Nirvanin ist eine länger andauernde als bei Cocain.

5) Die Analgesie bei Anwendung von Nirvanin tritt früher auf, als bei Anwendung von Cocain.

6) Eine Angewöhnung des Nirvanins ist vollkommen ausgeschlossen.

7) Der brennende Schmerz bei der Injection von Nirvanin ist nur auf zu schnelle Entleerung der Injectionsflüssigkeit zurückzuführen.

8) Nachschmerz, welcher bei Cocaininjection immer vorhanden ist, kann bei richtiger technischer Ausführung der Nirvamininjection nicht vorkommen.

Zum Schlusse möchte ich noch bemerken, dass ich bei grösseren Operationen immer eine Morphiuminjection eine halbe Stunde vor der Operation verabreichte, was eine beruhigende Wirkung auf den Organismus ausübte. Die Dosis der Injection betrug ⅛—¼ Gran.

Literatur:

Einhorn und Heinz. Pharmac. Centralblatt, XXXIX p. 991.

Einhorn und Heinz. Münchener Med. Wochenschrift, No. 49, 1898.

August Luxenburger. Münchener Med. Wochenschrift, No. 1 und 2, 1899. Abstract in: The Philadelphia Monthly Medical Journal, July, 1899.

Norval H. Pierce. Journal of the American Medical Association, November 11, 1899.

Kallenberger. L'Odontologie, May 30, 1898.

Bornstein. Zahnärztliche Rundschau No. 306.

Jessen. Deutsches Zahnärztliches Wochenblatt No. 10.

Robert Marcus. Deutsches Zahnärztliches Wochenblatt No. 39.

Bedeutung eines Verbandes deutscher medicinischer Vereine in den Vereinigten Staaten.*)

Von Dr. E. Rosenberg, Cleveland, O.

Meine Herren! So sehr mein Antrag für sich selbst zu sprechen scheint, wünsche ich trotzdem eine sachliche Begründung vorauszuschicken, da ich voraussetze, dass die Herren Collegen, bevor sie definitiv beschliessen, die aufgeworfene Frage einer vielseitigen Discussion unterwerfen werden.

Seit unserer Constituirung und ersten Versammlung sind 20 Monate verflossen, ein Zeitraum, in welchem unser Verein schön gewachsen und unsere wissenschaftliche Thätigkeit die gehegten Erwartungen weitaus übertraf. Wir sind zur Erkenntniss gekommen, dass wir über genügende Kräfte und Talente verfügen, um uns würdig neben anderen kleineren deutschen wie englischen Fachvereinen behaupten zu können, wenn auch die active Theilnahme an unseren Sitzungen eine verhältnissmässig geringe ist. Im Laufe des Werdegangs der Entwickelung unseres Vereines, wie überhaupt aller kleineren deutschen medicinischen Vereine auf amerikanischem Boden, drängt sich unwillkürlich der Gedanke auf, wie weit Berufsvereine deutscher Zunge in ihrer Entwickelung kommen können, ob sie auf dem Wege versiegen der als Factor im amerikanischen Berufsleben einerseits und im Culturleben von 7 Millionen Deutsch-Amerikaner andererseits Spu-

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt Cleveland O.

ren hinter sich lassen. Um diese Frage prăcis zu beantworten, musste man den Einfluss deutscher Aerzte individuell abgesondert kennzeichnen, dann erst den der deutschen medicinischen Vereine studiren.

Was den individuellen Einfluss betrifft, will ich keine Bemerkungen machen, denn das könnte zu Missdeutungen Anlass geben, indem man meinem Urtheile eine parteiische Färbung geben könnte. Aus den Aeusserungen amerikanischer Collegen ist ersichtlich, dass die Entwickelung der medicinischen Wissenschaft auf amerikanischem Boden dem erzieherischen Einfluss deutscher Aerzte viel zu danken hat, und sogar noch heute werden Anstrengungen gemacht, deutsche Talente hierher zu verpflanzen, troztdem die Fachwissenschaft hier zu Lande in ihrer Entwickelung grosse Fortschritte macht. Mit Bezug auf die medicinischen Vereine deutscher Zunge kann dieses jedoch nicht gesagt werden, abgesehen von der New Yorker Gesellschaft, die mit ihrer trefflichen Organisation und unter guter Leitung noch immer erzieherisch wirken und deren Arbeit von den deutschen Aerzten Amerikas mit Stolz verfolgt wird. Was mag wohl die Ursache dieser ungünstigen Lage deutscher medicinischer Vereine sein?

Es sind viele Momente, deren Auseinandersetzung diese Frage zur Genüge beantworten könnte, jedoch aus Zeitmangel kann ich blos einige berühren. Der Mangel an Solidaritätsgefühl unter den deutschen Aerzten ist nach meinem Dafürhalten das grösste Hinderniss, deshalb Milwaukee, Cincinnati, St. Louis und viele andere Städte, in denen das Deutschthum überaus stark vertreten ist, selten blühende deutsche Fachvereine aufweisen. Dieser Mangel an Solidaritätsgefühl und Organisation ist auch die Ursache, warum wir keine deutschen Krankenhäuser in solcher Zahl und Ausstattung aufweisen können, wie es der vielen Deutschen Amerikas würdig wäre. Ausserdem muss ich constatiren, dass die Bedingungen zur Fortentwickelung der auf den Universitäten erlangten Ausbildung dem eingewanderten deutschen Arzte genommen oder sehr schwer zugänglich sind. Die Ueberproduktion von Aerzten hier zu Lande bringt es nämlich mit sich, dass das Wirkungsgebiet an den Krankenhäusern den deutschen Aerzten sehr schwer oder gar nicht offen steht, in Folge dessen ist der deutsche Arzt oft auf sich selbst angewiesen, und in dem Kampfe um das tägliche Brod verlernt er die Ideale seines Berufes. Dieser Zustand muss jedem zu denken

geben und es wäre die höchste Zeit, wenn die leitenden deutschen Aerzte hierzulande, besonders die deutschen medicinischen Vereine in dieser Angelegenheit energische Schritte ergreifen würden. Ohne Organisation können wir keinen Einfluss haben und erwarten. Wir müssen die zerstreuten deutschen Aerzte wie die medicinischen Vereine deutscher Zunge unter eine Fahne bringen, und erst nachdem wir uns organisirt haben, können wir auch praktischen Zielen zustreben. Meine Herren! Wenn deutsche medicinische Vereine existenzberechtigt sind, dann ist ein Verband solcher eine Nothwendigkeit. Ich bezwecke und befürworte nicht die Isolirung des deutschen Arztes oder deutscher Vereine von englischen Gesellschaften, nein, meine Intention ist dass ein festes, starkes Band die deutschen Aerzte Amerikas vereinige, und demgemäss erlaube ich mir die folgende Resolution zur Annahme zu empfehlen:

„Um dem deutschen Arzte auf amerikanischem Boden die weitgehendste Entwickelung seiner individuellen Begabung und seiner Talente zu ermöglichen, erklärt die Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt Cleveland, dass die Existenz deutscher medicinischer Gesellschaften hierzulande eine Nothwendigkeit ist, sie befürwortet eine engere Anschliessung aller medicinischer Vereine deutscher Zunge zur Sicherung des Bestandes und besserer Entwickelung derselben und ersucht alle existirende deutsche medicinische Gesellschaften, behufs weiterer Action sich baldigst zu äussern."

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt New York.

17 West 43. Strasse.

Montag, den 5. Februar 1900.

(Schluss.)

Vortrag. Dr. Henry Herbert: Trophische Störungen bei Lungentuberculose; ein Beitrag zur Symptomologie dieser Krankheit. (Liest.)

Discussion. Dr. Alfred Meyer: Obgleich mich die

Beobachtungen von Dr. Herbert sehr interessirt haben, so glaube ich doch, dass sie eher vom theoretischen als vom practischen Standpunkt aus werthvoll sein werden. Seine Beobachtungen beziehen sich doch nur auf vielleicht 100 Fälle und nur auf das männliche Geschlecht. Aber wenn sie auch eine grössere Zahl von Schwindsüchtigen beträfen, beide Geschlechter und Kinder berücksichtigten, so glaube ich doch kaum, dass diese verschiedenen trophischen Störungen bei der Frühdiagnose nützlich sein könnten. Ich glaube immerhin, dass die in der That alte, aber noch gute Methode, nämlich die Untersuchung des Sputums ,die immer noch so häufig vernachlässigt wird, und in zweifelhaften Fällen, wo kein Husten und kein Auswurf da ist, Tuberculinjection von grösserem Werth sein wird, als Dr. Herbert denken lässt. Wenn ich dann auf Einzelheiten seines Vortrages eingehe, so möchte ich sagen, dass ich manchmal vergeblich den Zusammenhang dieser einseitigen Veränderung der Haut mit der kranken Seite der Lunge gesucht habe. Und wenn wir auch gewisse Veränderungen der Farbe an den Haaren oder der Haut auf der kranken Seite finden werden, Veränderungen in den Muskeln, am Zahnfleisch, so muss man sich doch merken, dass die Fälle, welche Dr. Herbert vorgebracht hat, meistens Fälle vorgeschrittener Phthise waren, nicht Fälle früher Phthise, die Veränderungen daher bei der Frühdiagnose nicht brauchbar. Nebenbei muss man auch berücksichtigen, dass die Leute, die Pleuritis haben, sich mit Jod einpinseln, Pflaster auflegen, und alle diese mechanischen ,chemischen Sachen haben einen gewissen Einfluss auf die Haut, auf die Talgdrüsen und auf die Anwesenheit oder Abwesenheit von Haaren auf der erkrankten Seite. Auch das muss in Betracht gezogen werden. Ferner muss man sich erinnern, dass von Augenärzten gar häufig Pupillendifferenz bemerkt wird, und dass die Augenärzte kein besonderes Gewicht darauf legen, da das häufig bei Neurasthenikern und bei kachectischen Zuständen vorkommt. Und es ist bei Lungenschwindsucht ein schon längst beobachtetes Symptom, dass viel häufiger beide Pupillen erweitert sind als dass diese Veränderung einseitig auftritt. Was andere Symptome anbelangt, so sind viele derselben vielmehr eine Folge der Erkrankung und stehen nicht in aetiologischem Zusammenhang mit derselben. Zum Beispiel Thorax paralyticus wird von vielen einfach als ein Folgezustand der Erkrankung angegeben. Was Tachycardie anbetrifft, so wird diese bei der Frühdiagnose auch nicht helfen. Sie kommt gewöhnlich vor, wenn die Krankheit schon vorgeschritten ist und ein Druck auf den Vagus (zum Beispiel durch vergrösserte Bronchialdrüsen) stattfindet, der zur Lähmung dieses Nerven führt. Wegen der Trommelschlegelfinger möchte ich noch bemerken, was vielleicht manchen nicht bekannt ist, dass die Veränderungen nur an den Weichtheilen der Finger stattfindet, und dies bestätigt die alte Ansicht, dass die Veränderungen als Circulationsstörungen betrachtet werden müssen und dass keine Ver-

änderungen in den Knochen nachzuweisen sind. Zum Schluss möchte ich noch erwähnen, dass von einem Franzosen zahlreiche Autopsien bei Tuberculose gemacht worden sind, um das Verhältniss zwischen Herzgrösse und Tuberculose aufzuklären. Er hat nachgewiesen, dass in der Mehrzahl der Fälle eigentlicher Phthise, keine Verkleinerung des Herzen stattfindet.

Dr. W. Freudenthal: Der Vortrag hat mich sehr interessirt, und ich stehe zum Theil auf dem Standpunkt des Dr. Herbert und gehe vielleicht in manchen Beziehungen noch etwas darüber hinaus. Ich denke mir, wie Aufrecht und andere, dass, bevor jemand an Tuberculose erkrankt, dieser Erkrankung eine trophische Insufficienz vorausgehen muss. Diese muss allgemeiner und später auch lokaler Natur sein. Ich denke mir, dass ein vollständig gesunder Mensch immun ist gegen die Invasion von Tuberkelbacillen. Dies beweist der Befund von virulenten Tuberkelbacillen in der Nase und dem Nasenrachenraum von gesunden Menschen. Die Inhaber dieser Bacillen lebten ruhig weiter und erkrankten nie an Tuberculose. Wenn nun zu dieser allgemeinen trophischen Insufficienz eine lokale Erkrankung tritt, wie z. B. in vielen Fällen von Erkrankung des Nasenrachenraums, dann tritt zunächst eine lokale Infection an Tuberculose ein. Ich glaube dies in einem längeren Artikel über diesen Gegenstand genügend nachgewiesen zu haben, und es wird jetzt ziemlich allgemein in Oesterreich und Deutschland von den Vertretern der Laryngologie demzufolge angenommen, dass die lokale Infection im Nasenrachenraum primär stattfinden kann. Ist dies nun einmal geschehen, dann haben wir vorläufig nur in manchen Fällen das Bild der Scrophulose. Sie sehen als Folgeerscheinung Drüsen am Halse, Augenerkrankungen, Nasenerkrankung u. s. w. Erst später machen sich die allgemeinen Erkrankungen, Affection der Lunge u. s. w. geltend, und wir haben ausgesprochene Tuberculose vor unseren Augen. Es ist dann aus dieser trophischen Insufficienz eine trophoneurotische allgemeine Parese geworden. Diese Anschauung geht so weit, dass ein amerikanischer College, Dr. Thomas J. Mays aus Philadelphia, den Nervus Vagus als hauptsächlich ergriffenen Factor bei Tuberculose annimmt, und er geht so weit, dass er einige Tropfen einer 2½procentigen Argent. nitric.-Lösung über dem Verlaufe des Nervus Vagus einspritzt. Ich habe das selbst noch nicht gethan, aber der College behauptet gute Resultate damit erzielt zu haben. Jedenfalls dürfen wir nicht vergessen, dass wir dann eine allgemeine trophische Parese haben, welche dann die Folgeerscheinungen zu Tage bringt, die College Herbert uns geschildert hat. Natürlich dürfen wir auch nicht zu weit gehen, wie Dr. Meyer sagt. Otitis gehört wohl nicht hierher. Sie beruht auf directer Invasion vom Nasenrachenraum aus. Ich habe nachgewiesen, und es ist auch von anderen nachgewiesen worden, dass Tuberkelbacillen im Secret eines Mittelohrcatarrhs vorhanden waren. Ich möchte nur noch bemerken, dass

man auf solche Sachen wie Deviation der Uvula nicht zu viel Gewicht legen darf. Die Lagerungen der Uvula hängen von zu vielen kleinen Aeusserlichkeiten ab. Selbst ein scharfer Windzug bringt eine Muskelcontraction hervor, und bald bewegt sich das Zäpfchen nach der einen, bald nach der anderen Seite. Abgesehen von diesen kleinen Erscheinungen glaube ich, dass man diesen trophischen Störungen sehr viel Aufmerksamkeit schenken muss, und jemehr wir das thun, desto klarer werden wir das Wesen der Tuberculose erkennen können.

Dr. Jos. Fraenkel: Das Thema, welches Dr. Herbert heute behandelt hat, ist äusserst interessant und anregend. Während einer 8jährigen Thätigkeit im Montefiore Home habe ich ungefähr 3000 Phthisiker gesehen und alle symptomatologischen Momente, die Dr. Herbert angeführt, gelegentlich zu Gesicht bekommen. Es lässt sich schwerlich denken, dass diese Symptome je einzeln oder in Gesammtheit werden practisch-diagnostische Bedeutung erlangen. Es wird wohl Keinem einfallen, auf den Befund einer einseitigen Pupillenstörung oder auf den Befund einseitiger Schulter- oder Septumdeviation hin — Tuberculose zu diagnosticiren. Der grösste Werth des Vortrages liegt nach meiner Ansicht in dem Streiflicht, das die berichteten Befunde auf Natur und theoretische Auffassung der Tuberculose werfen, und in der Warnung, die daraus fliesst, die Tuberculose nicht ausschliesslich als locale Erkrankung anzusehen. Der grösste Theil der vom Vortragenden erwähnten Momente wird von den Neurologen unter dem Namen „Degenerationszeichen" zusammengefasst. Das Namengeben ist allerdings schon verdienstlich dadurch, dass es den Erscheinungen eine einheitliche Auffassung giebt, aber dadurch allein ist nichts Wesentliches für die Aufklärung der Erscheinungen gethan. Wenn überhaupt ein Causalnexus zwischen vielen dieser Erscheinungen und der Lungentuberculose besteht, so glaube ich nicht, dass er, wie der Vortragende meinte, so ist, dass die Lungenerkrankungen das Primäre und die genannten trophischen Erscheinungen secundär durch die periphären Nerven vermittelt sind. Es ist nämlich pathologisch nicht leicht vorstellbar, wie z. B. secundär einer Lungenerkrankung folgend, sich die Pigmentverhältnisse der Iris ändern können. Mir scheint es wahrscheinlicher, dass viele der genannten trophischen Erscheinungen — die Degenerationszeichen — zur Lungentuberculose in demselben Verhältniss stehen, wie eine andere Gruppirung der Degenerationszeichen zu den functionellen Nervenerkrankungen. Sie sind Stigmata der Erkrankung. Sie bedeuten einen hereditär für die Erkrankung präparirten, prädisponirten Boden. Vor 2½ Jahren habe ich in Gemeinschaft mit Dr. Collins einen Vortrag über die Natur der functionellen Erkrankungen gehalten und dabei erwähnt, dass bei der Tuberculose wahrscheinlich auch eine Nerven-Affection mit im Spiele ist. Die Thatsache scheint nämlich allgemein angenommen, dass der Tuberkelbacillus nicht die aus-

schliessliche Ursache der Tuberculose ist. Ein gesunder Mensch wird, wie Dr. Freudenthal schon bemerkt, nicht leicht tuberculös, ausser er trägt eines oder mehrere dieser Zeichen an sich. Die Bedeutung dieser klinischen Erfahrungsthatsache war und ist noch immer recht unklar. Was also noch sehr der Aufklärung bedarf, ist dieser zweite Factor der Tuberculose, der Factor, den wir Constitution, hereditäre Belastung, Disposition u. s. w. nennen. Es ist sehr schwer, sich eine greifbare Vorstellung davon zu machen, obwohl ich persönlich, nach langjähriger Beobachtung, die Ueberzeugung gewonnen habe, dass neben dem Tuberkelbacillus, vielleicht auch Veränderungen in dem Vagus oder Sympathicus eine Rolle spielen. Der Zufall brachte einen Fall ins Montefiore Home, unter meine Beobachtung, der vielleicht einiges Licht auf diesen Punkt werfen kann. Ein 40-jähriger Mann wurde vor 2 Jahren im Montefiore Home wegen Tuberculose aufgenommen. Er war der klassische Repräsentant dieser Krankheit; er war scrophulös in der Kindheit, hatte Haemorrhagien im jugendlichen Alter, hatte dann fortwährend gehustet, bis er endlich im Montefiore Home landete. Die meisten der heute besprochenen Degenerationszeichen waren an ihm auffindbar. Ein anderes, das ich jetzt nur nebenbei erwähnen möchte, ist die Verminderung der Kniereflexe, die häufig bei Phthisikern zu beobachten ist. Nach 5- bis 6-monatlichem Aufenthalt im Montefiore Home starb der Patient plötzlich innerhalb 5 Minuten an einer Haemorrhagie. Das war der zweite Fall, den ich in den 8 Jahren im Montefiore Home an einer Lungenhaemorrhagie habe plötzlich sterben sehen, und erklärte mir das durch die Annahme einer bedeutenden Verminderung der glatten Muskulatur der Gefässe, die unzureichend war, das blutende Gefäss zu contrahiren. Die Autopsie bestätigte die Voraussetzung: Lunge, Trachea, Magen, Darm, Blase fühlten sich eigenthümlich fliesspapierartig dünn an. Der Fall ist übrigens jetzt in histologischer Bearbeitung, um der Sache etwas näher auf die Spur zu kommen. Heute habe ich den Fall nur citirt, um zu sagen, dass neben dem Tuberkelbacillus, ein aetiologischer Factor der Tuberculose, vielleicht auch in einer localisirten oder allgemeinen Hypoplasie oder Atrophie der vegetativen Musculatur, insbesondere der bronchialen zu suchen ist. Die bronchiale Musculatur die wegen angeborener oder erworbener Schwäche nicht genügend starke Reflexacte auszulösen im Stande ist, wird wahrscheinlich für die Niederlassung von Bacillen viel geeigneter sein, als die bronchiale Musculatur, die von zu Haus aus gesund ist.

Dr. L. Weber: Abgesehen von den pathologischen neurotischen Symptomen, welche oft längere Zeit, namentlich beim weiblichen Geschlecht, der Lungentuberculose vorhergehen, hat mich bei der Frage, die hier diskutirt wird, meist die allgemeine Ernährungsstörung interessirt, oder ich will vielmehr sagen, der schlechte Ernährungszustand, den wir oft Wochen und Monate, ja nicht selten Jahre bei Männern und Weibern, beobachten, be-

vor wir im Stande sind, physikalisch das Vorhandensein und Vorgänge tuberculöser Natur nachzuweisen. Das ist uns allen bekannt und wichtig zu wissen, und jeder, der in der Privatpraxis viel von Lungenerkrankung tuberculöser Natur sieht, wird mir Recht geben, dass dieser Zustand allgemeiner schlechter Ernährung, ohne dass man dafür den Grund sehen kann, der nachweisbaren Lokalisation der Erkrankung vorhergeht. Wie College Meyer, so bin ich der Ansicht, dass man in solchen zweifelhaften Fällen nicht zögern soll, eine kleine Dosis Koch'sches Tuberculin einzuspritzen. Ich will en passant bemerken, dass ich noch etwas von dem Koch'schen Tuberculin von 1890 habe, und dass ich vor fünf Tagen noch einige Milligramm davon mit demselben prompten Effect verwendet habe, wie früher. So gut hat sich das Präparat erhalten. Mit den Ausführungen des letzten Redners stimme ich nicht überein, dass die Tuberculose sich nur bei Veranlagten entwickeln kann. Die Ansicht gründet sich doch wohl nur auf Spitalmaterial. In einem solchen Material sind wahrscheinlich 90 Procent in degenerirtem Zustand und haben allerhand Stigmata an sich, so dass man da leicht verleitet wird, anzunehmen, dass überhaupt nur ein kranker Mensch tuberculös werden kann. Wenn die Herren 25 bis 30 Jahre Privatpraxis hinter sich haben, dann werden sie wohl auch zu der Ansicht kommen, dass Tuberculose-Infection bei vorher ganz gesunden frischen Menschen vorkommt, und sogar häufig vorkommt. Ziemlich häufig habe ich in Familien es gesehen, dass eine ganz gesunde, blühende junge Frau von dem tuberculösen Mann inficirt wurde und eine so rasche Entwickelung der Tuberculose darbot, dass dieselbe in wenig Jahren zum Tode führte. Ich habe auch dasselbe Resultat beim Manne gesehen, aber doch häufiger beim weiblichen Geschlecht. Es liegt mir fern zu sagen, dass Gesunde ebenso leicht tuberculös werden können wie prädisponirte, aber die Tuberculose ist eine Infectionskrankheit. Ob das Nervensystem etwas damit zu thun hat und pathologische Zustände des Vagus mit in Betracht kommen, will ich dahingestellt sein lassen.

Dr. M. Toeplitz: Dr. Herbert hat in seinem Vortrag erwähnt, dass Störungen des Nasenrachenraums, besonders hypertrophische Störungen, bei Phthise vorkommen. Trautmann hat in seinem Buch über Hypertrophie der Rachentonsille, das 1886 erschien, behauptet, dass die grösste Anzahl aller adenoiden Vegetationen auf Scrophulose beruhen. Dieser Satz schien mir schon damals unwahrscheinlich, und seitdem ist mein Augenmerk darauf gerichtet gewesen, zu beobachten, welche Individuen mit Hypertrophie im Nasenrachenraum behaftet sind und welche nicht. Ich fand, dass gerade die kräftigsten Kinder adenoide Vegetationen haben und dass dabei vergrösserte Drüsenschwellungen vorhanden sind, die man früher für scrophulös angesehen hat. Ich habe gefunden, dass Kinder, die ganz ausgesprochene scrophulöse Erscheinungen haben, wie Eczem

u. s. w. fast nie adenoide Vegetationen haben. Die Kinder werden besser. Man findet bei diesen Patienten Störungen der Schleimhäute, die nur auf Aufdunsung beruhen, aber keine Hypertrophien sind. Wenn man bei Phthisikern Störungen der Nase findet, dann sollte man gerade bei den Atrophien der Nase häufig Phthisis sehen. Das ist aber nicht der Fall. Ich glaube nicht, dass diese Störungen mit Phthise als solcher etwas zu thun haben. Man müsste annehmen, dass die Atrophien an Zahl mit der Phthise zunehmen, aber der Procentsatz der Phthise zur Atrophie ist kein grosser.

Dr. Clement Bloch: Practisch scheint mir den trophischen Störungen, die Dr. Herbert heute vorgebracht hat, sehr wenig Bedeutung beizumessen zu sein, da es niemand einfallen wird, auf solche Störungen, deren Häufigkeit der Vortragende nach meiner Ansicht ungeheuer überschätzt hat, diagnostisch oder therapeutisch irgend etwas gründen zu wollen. Aber theoretisch handelt es sich darum, ob nun die trophischen Störungen der Grund oder die Folge der Phthisis sind, und da scheint es doch, nach Analogie anderer Krankheiten zu schliessen, dass es sich bei den trophischen Störungen wahrscheinlich einfach um eine Durchseuchung des Körpers mit Tuberkelgift, entweder Ptomainen von rothen Tuberkeln oder Stoffwechselproducten der lebenden Tuberkel handelt. Ausserdem spricht dafür die clinische Beobachtung, z. B. Dr. Fraenkel's eigene Beobachtung. Ich wundere mich nur, dass er die entgegengesetzte Folgerung macht. Er führt richtig an, dass er in seinem Material herabgesetzte Sehnenreflexe wahrgenommen hat. Auch ich habe das gesehen. Kein Wunder, da wir beide meistentheils es mit vorgeschrittenen Fällen zu thun hatten. Nun kann man aber doch nicht ruhig beiseite schieben, was viele gute Beobachter anführen, dass die Reflexe gesteigert waren. Bei denen, wo die Reflexe gesteigert sind, handelt es sich wahrscheinlich um beginnende, wo die Reflexe herabgesetzt sind, um vorgeschrittene Fälle. Die Gradesunterschiede sind hierbei weniger durch localen Befund, als durch allgemeine Erscheinungen bedingt, nämlich durch die Menge des Tuberkelgifts im Organismus. Ist es doch bekannt, dass die meisten Gifte in sehr geringen Dosen Reizung von Nerven oder Nervencentren bewirken, welche in grösseren Dosen Nervenlähmung herbeiführen. Das wäre wieder analog wohlbekannten anderen Processen.

Dr. Alfred Meyer: Dr. Freudenthal hat ein Experiment von Dr. Mays in Philadelphia angeführt als Beweis, dass die Phthise neurologischen Ursprungs sein kann oder wenigstens, dass der Vagus im Anfangsstadium eine grosse Rolle spielt. Dr. May's Arbeit hat zwei sehr wichtige Fehler. Er hat seine Einspritzung von Silberlösung in der Nähe des Vagus im Hals gemacht und kein Controllexperiment durch ähnliche Einspritzungen an anderen Körpertheilen. Zweitens hat er Argentum nitricum gebraucht, und, wie wir durch die Beobachtungen

von Credé wissen, haben die Silbersalze einen bedeutenden Einfluss auf verschiedene Toxine, die im Blute circuliren.

Dr. W. Freudenthal: Ich möchte Herrn Dr. Meyer erwidern, dass ich die Untersuchung von Mays nur als Untersuchung angeführt habe und hinzugefügt, dass ich natürlich nicht soweit gehe, wie dieser. Ferner möchte ich Herrn Dr. Weber bemerken, dass ich ganz entschieden auch glaube, wie er, dass die Tuberculose eine Infectionskrankheit ist und bleiben wird. Ich stehe nicht auf dem Standpunkt, den Aufrecht und wenige Andere theilen. Aber ich sage, es muss noch etwas anderes dazu kommen. Ich gehe aber nicht so weit wie Dr. Fraenkel, der Heredität oder sonst etwas anzunehmen scheint, sondern ich glaube, es ist etwas anders, trophische Störung. Aber eine Infection muss stattfinden. Ich möchte hinzufügen, dass es allerdings sehr kräftige und fette Patienten giebt, die plötzlich an Tuberculose erkranken. Ich habe augenblicklich zwei recht corpulente Damen in Behandlung, die so acut erkrankten. Allerdings sind das Ausnahmen.

Dr. Jos. Fraenkel: Ich wollte auch nicht einen Augenblick behaupten, dass die Tuberculose keine Infectionskrankheit ist, und möchte nicht gebrandmarkt werden als jemand, der an die Infection der Tuberculose nicht glaubt. Sie ist eine Infectionskrankheit, die nur Menschen inficirt, die hereditär belastet — vom Hause aus — prädisponirt sind.

Präsident Dr. Herman G. Klotz: Ich möchte aus den interessanten Details des Vortrags nur ein paar Punkte hervorheben. Ich war überrascht zu hören, dass Dr. Herbert die Haaratrophie anführte. Es mag sein, dass sich dies dadurch erklärt, dass sein Material sich nur aus Männern zusammensetzt. Ich habe immer den Eindruck bekommen bei Tuberculose, dass man namentlich bei Frauen einen ungemein üppigen Haarwuchs findet, und dass auch bei vielen Männern das phthisische Gesicht sich in einem Wulst von Haaren versteckt. Was die Achselhöhlen betrifft, so ist es doch bekannt, dass fast jeder Gesunde, wenn er entblöst wird, in den Achselhöhlen schwitzt.

Dr. Henry Herbert (Schlusswort): Ich will mich bei der vorgerückten Stunde nicht auf eine weitere Discussion der vielen widersprechenden Ansichten einlassen. Ich danke den Herren für die Aufmerksamkeit, welche sie dem Thema gegeben haben, und freue mich, dass dasselbe eine so rege Discussion gefunden hat.

Präsident Dr. Hermann G. Klotz: Die Abstimmung hat ergeben, dass die Herren Drs. C. H. Richard Jordan und Beaman Douglas zu ordentlichen Mitgliedern erwählt sind.

Vorgeschlagen sind die Herren: Dr. G. T. Mundorff, 224 Ost 18. Strasse von Dr. Gleitsmann; Dr. Ralph I. Jacoby, 35 West 52. Strasse von Dr. G. W. Jacoby.

Hierauf Schluss und Vertagung.

Dr. John A. Beuermann, prot. Secretär.

Montag, den 5. März 1900.

Präsident Dr. Hermann G. Klotz eröffnet die Sitzung um 8.15.

Secretär Dr. John A. Beuermann verliest das Protocoll der vorigen Sitzung, welches genehmigt wird.

1. Vorstellung von Patienten und Demonstration von Präparaten.

Dr. W. Freudenthal: Patientin mit spontanem Entweichen von Cerebrospinalflüssigkeit aus der Nase.

Meine Herren. Diese Dame, die etwa 50 Jahre alt ist, will im October 1898 hohes Fieber gehabt haben, worauf eine Art bronchialer Husten zurückgeblieben sein soll; sowie das Fieber nachliess setzte etwas sehr eigenthümliches ein, was immer noch anhält, ein Abträufeln von der Nase. Ehe dieses Träufeln begann, litt die Patientin ungeheuer an Kopfschmerzen. Diese waren sehr stark, so dass sie den Verstand zu verlieren glaubte, und sie soll auch wiederholt geäussert haben: Wenn ich etwas Unrechtes begehe, so haltet mich dafür nicht verantwortlich. Sie litt furchtbar, und es wurden die verschiedensten Mittel gebraucht, aber ohne irgend einen Nutzen. So wurde auch Dr. Spitzka zu Rathe gezogen, und er soll eine sehr üble Prognose namentlich in Bezug auf die Schmerzen gemacht haben. Nach einigen Monaten liessen die Schmerzen nach und das Träufeln setzte ein. Dieses dauerte ein ganzes Jahr lang, bis im December vorigen Jahres wieder ein Intervall eintrat. Das Träufeln hörte auf und sofort stellten sich die Symptome von Hirndruck wieder ein. Sie konnte wieder schlechter sehen, sehr schlecht hören und war im allgemeinen äusserst apathisch. Ich sah sie etwa Ende Mai 1899. Sie kam zu mir mit Klagen über fortwährendes Abträufeln aus der Nase, das sie natürlicher Weise furchtbar belästigte. Das Träufeln hält Tag und Nacht an. Wenn sie des Morgens aufwacht, fühlt sie, dass die Kissen vollständig durchnässt sind. Wenn man sie nach der Killian'schen Methode untersucht, so sieht man, dass sich ganz oben in der Höhe der mittleren Muschel etwas Flüssigkeit ansammelt. Wenn sie sich etwas nach vorn beugt, dann träufelt es mehr. Wenn sie auf der Seite liegt, träufelt es fortwährend, ganz einerlei, welche Seite es ist, auch wenn sie auf dem Bauch liegt. Sie fühlt etwas Erleichterung, wenn sie auf dem Rücken liegt. Dann muss sie aber husten. Thatsache ist, dass die Flüssigkeit dann einfach in den Rachen hinunterläuft und auf die Epiglottis und andere Theile des Larynx fällt und so einen Husten verursacht. Es ist absolut nichts Abnormes an der Nase zu finden, auch keine Excoriationen oder Eczeme vom fortwährenden Wischen und Abreiben. Es träufelte den ganzen vorigen Sommer. Als ich sie im September wieder sah, hatte sich wieder ein kleiner Polyp gebildet. Ich muss erwähnen, dass schon vorher ein Polyp aus der linken Seite von Dr. Knapp entfernt worden war. Dies geschah aber, nachdem das

Abträufeln schon begonnen hatte, was ich ausdrücklich hervorheben möchte. Dr. Knapp stellte die Diagnose auf Neuritis optica, was auch später bestätigt wurde. Ich entfernte den Polypen, ohne dass die Entfernung desselben irgend welchen Einfluss auf die Entleerung dieser Flüssigkeit gehabt hätte. So ging es weiter bis zum December, als wieder ein Intervall eintrat. Ich sah sie erst, als die Sache wieder besser wurde. Es hatte wieder angefangen zu träufeln, und sie fühlte sich leichter. Ich konnte aber merken, dass sie anders war, als gewöhnlich. Sie war äusserst apathisch und klagte über eine schwere Bronchitis. Ich konnte aber nichts nachweisen. Der Husten kam wie früher von dem fortwährenden Heruntertröpfeln der Flüssigkeit.

Wenn wir uns nun fragen, was ist das für ein pathologischer Zustand, der diesen Erscheinungen zu Grunde liegt, so müssen wir annehmen, dass etwas im Gehirn die Druckerscheinungen verursacht hat. Denn sowie der Gehirndruck durch den Abfluss der Flüssigkeit erleichtert wurde, schwanden die Symptome desselben. Wir müssen also annehmen, dass ein Tumor cerebri vorhanden ist. Dass die Flüssigkeit cerebrospinale Flüssigkeit ist und nichts anderes und nicht etwa nasale Hydrorrhoe vorliegt, dafür sprechen viele Factoren. Bei Hydrorrhoea nasalis findet der Ausfluss immer nur am Tage statt. Des Nachts ist bei dieser rein nervösen Erkrankung niemals ein Abfluss vorhanden. Zweitens hat die Untersuchung dieser Flüssigkeit, die ganz klar ist, kein Sediment bildet und kein Mucin enthält, ergeben, dass 0.05 Procent Zucker vorhanden ist. Ich hatte Gelegenheit, die Flüssigkeit selbst in einer Sitzung bei Dr. A. Jacobi zu demonstriren, und ein Herr bemerkte in der Discussion, dass diese Fälle nicht so selten seien. Nun, ich habe mich sehr genau um die Literatur bekümmert. Dr. St. Clair Thomas von London, der einen derartigen Fall hatte und die beste Arbeit darüber geschrieben hat, stellte alle bisher bekannten Fälle zusammen und fand nur 9 unzweifelhafte Fälle von cerebrospinaler Flüssigkeit. Es ist wahrscheinlich, dass die Flüssigkeit durch irgend eine Perforation in der horizontalen Siebplatte herausläuft. Unter welchen Umständen und wie das bewerkstelligt wurde, ist ein Räthsel, das ich nicht lösen kann. Wenn wir Glück haben, können wir jetzt sehen, wie sich der Tropfen an der Uvula bildet. (Demonstration.)

Discussion. Dr. Jos. Fraenkel: Der diagnostische Schluss, den Dr. Freudenthal aus dem permanenten Abfluss von Cerebrospinal-Flüssigkeit macht, scheint doch etwas gewagt. Das Resultat der ausgedehnten Untersuchung des Dr. St. Clair Thomson ist, dass allerdings der Abfluss der Cerebrospinal-Flüssigkeit von rhinologischer, aber von geringer neurologischer Bedeutung sei, und dass man da einen Schluss auf Tumor auf das Symptom allein hin machen kann, ist etwas unsicher. Wenn man auch annehmen kann, dass der Tumor in der Gegend des dritten Ventrikels sitzt, wo er nothwendiger Weise

zur Stauung der Cerebrospinal-Flüssigkeit führen würde, dann hätte allerdings der Ausfluss zunehmen müssen und es hätten auch im Laufe der Zeit mehr localisatorische Erscheinungen auftreten müssen, als es bis jetzt der Fall ist. Zu dem ist auch kein einziger Fall beobachtet, in welchem das einzige Symptom Abfluss von cerebrospinaler Flüssigkeit wäre und ein Hirn-Tumor gefunden worden wäre. Wenn es ein Tumor der Hypophysis wäre, so müsste man mehr Opticusstörungen finden als die Patientin darbietet.

Dr. A. Rose: Fall von Nephro-Gastroptose.

Ich habe seit einiger Zeit Fälle von Gastroptose mit Heftpflasterverband behandelt, und einige Collegen, denen ich die guten Folgen davon rühmte, baten mich dies Verfahren vorzuzeigen. Hier stelle ich Ihnen eine Privat-Patientin vor, die so erfreut von dem Erfolg der Behandlung war, dass sie sich erbot, den Verband an sich demonstriren zu lassen. (Demonstration.)

Discussion. Dr. Carl Dauber: Ich habe keine persönliche Erfahrung darüber, aber es scheint, dass das Verfahren bei schlaffer Bauchdecke manche dyspeptische Beschwerden heben könne. Meine Erfahrungen betreffs Beschwerden von Seiten der Wandernieren sind recht negativ. Ich finde viele Wandernieren und wenig Beschwerden davon und bei näherer Beobachtung findet man in vielen Fällen, dass die Beschwerden von anderen Organen herkommen. Ich habe zwei Fälle, bei denen ich diesen Verband versuchen kann. Ich würde aber den Verband im Liegen anlegen und vor allem erst an der Symphyse festlegen und dann unter stetem Ziehen nach oben streichen und so auch die Seitenverbände anlegen. Ich glaube dadurch wird man eine stärkere Wirkung bekommen, als wenn man den Verband im Stehen anlegt. — Dr. Jos. Fraenkel: Ich möchte zu der Bemerkung, die Dr. Dauber gemacht hat, hinzufügen, dass es nach den Untersuchungen von Eccles in London gerade bei Fällen von allgemeiner Enteroptose noch viel vernünftiger wäre, den Patienten auf eine schiefe Ebene zu legen, Kopf nach abwärts, und dann den Verband anzulegen. Das würde eher ein Vorfallen der Eingeweide verhindern. — Dr. J. A. Schmitt: Mich interessirt vor allem die Frage, wie lange ein solcher Verband getragen werden kann und ob der Heftpflasterverband nicht so sehr die Haut reizt, dass er, namentlich im Sommer, sehr bald entfernt werden muss. Ferner möchte ich fragen, ob der Verband, wenn er eine Zeit lang getragen worden ist, in Folge des Reizes, den er auf die Haut ausübt, wieder erneuert werden kann.

Dr. A. Rose (Schlusswort): Ich will zunächst Herrn Dr. Schmitt antworten, dass der Verband in den Fällen, die ich behandelt, gewöhnlich 5 Wochen lang getragen worden ist. Manche dieser Patienten klagten über Hautjucken; im Ganzen genommen sind die Beschwerden aber sehr unerheblich gewesen. Eine Dame aus der besseren Gesellschaft hatte den Verband drei-

mal, jedesmal etwa 5 Wochen lang, getragen, und möchte vorerst nicht ohne denselben sein. Diese Patientin hier hat den Verband heute zum dritten Mal angelegt bekommen, auch sie hat ihn bisher jedesmal ungefähr fünf Wochen lang getragen. Es ist sicher, dass in manchen Fällen Eczeme auftreten, bis jetzt ist das aber in den von mir beobachteten nicht bemerkt worden. Ich bin den Herren Dauber und Fraenkel für ihre Bemerkungen sehr dankbar und werde ihre Vorschläge berücksichtigen. Vor einigen Tagen theilte mir Dr. Heitzmann mit, dass ein solcher Heftpflasterverband in einem Bostoner Journal beschrieben worden sei. Ich habe den Aufsatz nicht gesehen, werde es aber gern nachholen. Es ist gewiss, dass es sich nicht um die Niere allein handelt, wegen der der Verband von Bedeutung, es ist vielmehr die Gastroptose, welche die sogen. nervöse Dyspepsie bedingt, die der Behandlung durch den Verband bedarf. Es scheint mir, dass alle Fälle mit starkem Plätschergeräusch, das sich weit nach unten nachweisen lässt, durch diesen Verband ausserordentlich günstig beeinflusst werden.

Dr. L. Weber: Präparat von Cor bovinum und Lungeninfarct; mit Epikrise des Falles.

Die beiden Präparate sind am 20. Februar der Leiche eines 54jährigen Mannes entnommen, der nach vierwöchentlicher schwerer Krankheit starb. Hier haben wir ein Herz, das wir als Cor bovinum ansprechen dürfen. Beim Herausnehmen aus der Leiche war der Durchmesser des linken Ventrikels über ein Zoll, der rechte dünner als normal, alle vier Höhlen vergrössert, alle Klappen normal, die Vorhöfe hielten das Wasser, wenn es von oben hereingeschüttet wurde, vollständig. Im rechten Ventrikel, den ich nur theilweise aufgeschnitten habe, war eine Cyste von der Grösse einer Haselnuss, die grau-braunliche Flüssigkeit und detritus enthielt. Es fand sich eine ziemlich starke Auflagerung von Fett, keine Verwachsung zwischen Herz und Herzbeutel, keine Flüssigkeit, wenigstens nicht nennenswerth, im Pericardium. Hier sehen Sie einen Theil des rechten unteren und mittleren Lungenlappens, und darin befindet sich ein Infarct, der beim Messen unmittelbar nach Herausnahme aus der Leiche 5 Zoll lang, 4 Zoll breit und etwa 2½ bis 3 Zoll dick war, nirgends wo mehr lufthaltig, die andere Partie der Lunge war lufthaltig, die linke Lunge normal. Beide Lungen hatten oberflächliche Verwachsungen, die leicht zu trennen waren. Im Uebrigen, soweit ich die Autopsie fortführen konnte, bei der ich mich ziemlich beeilen musste, um nicht gestört zu werden, fand sich in der Bauchhöhle kolossal viel Fett, enorm geblähte Dünn- und Dickdärme und Magen, mässig vergrösserte Milz, keine vergrösserte sondern sogar etwas kleine morsche Leber, eine ganz gewaltig dicke Fettkapsel beider Nieren, die Nieren selbst, die ziemlich schwer herauszubekommen waren, etwas vergrössert, aber soweit das blosse Auge entdecken konnte, normal mit Ausnahme

von zwei kleinen Cysten. Jede hatte eine Cyste oberflächlich sitzen mit klarer Flüssigkeit.

Die Geschichte des Falles ist interessant, und ich bringe ihn deshalb vor die Gesellschaft, weil das der dritte Fall ist, den ich von Anfang bis Ende wenigstens in den letzten Lebensjahren der Patienten beobachtet habe, und der genau so ausging wie die anderen zwei, d. h. in Folge hämorrhagischen Infarcts starb, nur mit dem Unterschied, dass das Leben dieses Mannes, nachdem die ersten Infarctsymptome sich zeigten, noch beinahe zwei Jahre dauerte, während die anderen zwei in drei Monaten oder noch kürzerer Zeit nach dem ersten Infarctsymptom zu Grunde gingen. Die Geschichte des Falles ist folgende:

C. F., 54, soweit ich weiss, aus gesunder Familie stammend, in Deutschland geboren, Kaufmann, war bis zum 50. Jahre gesund. Von erblichen Anlagen und Krankheit in der Familie ist nichts bekannt. Im 15. Jahr hat er eine Bronchio-Pneumonie durchgemacht, die nie wieder vollständig gut wurde, so dass Husten zurückblieb, der ihn bis zum Lebensende begleitete, mehrmals exacerbirte, ohne von schweren Lungenstörungen begleitet zu sein. Er führte ein ziemlich flottes Leben, hatte niemals eine venerische Krankheit gehabt, trank in der Jugend ziemlich viel, ohne sich zu betrinken, heirathete und wurde Vater gesunder Kinder und hatte vom 35. Jahre an bis zum Jahr vor seinem Tod ab und zu Gichtanfälle, die acquirirt wurden. Ein hereditäres Element liegt da nicht vor. Ich lernte ihn im September 1898 kennen, als er unter den Erscheinungen einer acuten Erkältung sehr krank wurde mit hoher Temperatur und Blut hustete, dickes, geronnenes, dunkles Blut mit nicht sehr starkem Husten. Es bestand Rasselgeräusch über beiden Lungen, und schon damals konnte ich rechts am unteren Scapulawinkel ein entschiedenes bronchiales Athmen hören, das fern klang, als ob es in grösseren Bronchien entstanden durch eine Flüssigkeit geleitet würde oder durch ein mehr oder weniger solides Gewebe ging, aber nicht so wie bei hepatisirter Lunge zu hören war. Die Untersuchung des Herzens ergab Vergrösserung, doch war schon damals die Ausdehnung des rechten Ventrikels wegen der vollen rechten Lunge, die etwas überdeckte, nicht leicht nachzuweisen. Patient reagirte damals noch auf Digitalis und wurde durch die sonstige Behandlung wieder hergestellt. Der zweite Anfall mit starkem Bluthusten kam im Frühjahr 1898, ein dritter im Herbst 1899 und der letzte Mitte Januar d. J. bis zu seinem Tod am 20. Februar anhaltend. Im letzten Anfall waren die auffallendsten Symptome der Nachlass der Herzthätigkeit, die deutlich wahrnehmbare Insufficienz des Muskels, welche ich auf fortschreitende fettige Degeneration bezog, da keine Krankengeschichte vorlag, die es mir wahrscheinlich erscheinen liess, dass es sich mehr um degenerative Myocarditis handelte. Leichtes Oedem der Beine, eine nicht unregelmässige, aber ausserordentlich rasche Action des Herzens, incomplete Contraction, mehr

und mehr Bluthusten, Ausbreitung der Dämpfung nach unten und oben von der Infarctpartie und endlich letaler Ausgang im tief comatösen Zustande.

Der zweite Fall, den ich beobachtet habe und in dem ich ebenfalls die Autopsie machte, war ein kyphotischer Mann, der im 60. Jahre starb, und zwar 3 Monate nach den ersten Symptomen des hämorrhagischen Infarcts und ein Cor bovinum darbot anderthalb Mal so gross wie dieses, und Lungeninfarctus. In dem Fall waren die qualvollen Erscheinungen der Stenocardie bedeutender als im Fall des C. F. In diesem waren es die Dyspnoe und der ausserordentlich rasche Puls und die rasche, ungenügende, unvollständige Herzaction, die den Kranken quälten. Wirkliche Angina pectoris kam bei C. F. niemals vor. Auch der 60jährige hatte keine eigentlichen Angina pectoris Erscheinungen, wie man sie bei Erkrankung der Coronarien sieht. Der dritte Fall betraf ein 35jähriges, stark kyphotisches Mädchen, das an denselben Erscheinungen, nur rascher starb, zwei Monate nach dem ersten Auftreten des hämorrhagischen Infarcts; die Autopsie ergab Cor bovinum mit Lungeninfarct.

In Bezug auf die Aetiologie dieser Fälle dürften wir für die Entwickelung des Cor bovinum, resp. die allgemeine Hypertrophie des Herzens mechanische Momente in Betracht ziehen. Im Fall des Mädchens und 60jährigen Mannes werden die Verkrümmung der Wirbelsäule und die Beengung des Thorax und ungenügende und schwer zu bewerkstelligende Ventilation der Lungen, die Herzhypertrophie veranlasst haben. Im ersten Fall dagegen sehen wir, dass bei einem sonst ausserordentlich gesunden, kräftigen Mann sich in früher Zeit ein Circulationshinderniss gebildet hat und zwar in Folge einer nichtgeheilten Bronchiopneumonie, die er im 15. Jahr gehabt hatte. Sie sehen noch am Präparat, dass der grosse Bronchus, der mit seinen Verzweigungen in den Infarct und die unmittelbare Umgebung desselben hineinragt, eine chronisch entzündete Schleimhaut zeigt, die verdickt ist, die den Respirationsact an und für sich schon weniger leicht vor sich gehen liess. Abgesehen davon haben wir die undurchgängige Lungenpartie, und ich nehme an, dass, wenn auch in der Anlage das Herz dieses Mannes bei seiner kolossalen Figur — 6 Fuss 2 Zoll — vielleicht etwas grösser war, es doch niemals zu dieser allgemeinen Hypertrophie gekommen sein würde, wenn nicht ein dauerndes Hinderniss im kleinen Kreislauf vorhanden gewesen wäre, also auch ein rein mechanisches Moment.

Die Prognose dieser Fälle, von denen ich mehr als drei gesehen habe, aber nur von dreien die Postmortem-Bestätigung erhalten habe, ist schlimm von dem Moment an, wo durch den hämorrhagischen Infarct nachgewiesen ist, dass die Muskelthätigkeit des Herzens bedeutend gelitten hat. In den drei Fällen war die Prognose des baldigen letalen Ausgangs richtig. Ich stellte sie, sobald ich das hämorrhagische Infarctsymptom beobachtete.

Ich habe vor einer Gesellschaft wie der unsrigen nichts in Bezug auf die Behandlung dieser Fälle zu sagen, was Sie nicht ebensogut wüssten wie ich. Nur möchte ich bemerken, dass ich in den ersten zwei Jahren der Behandlung des 60jährigen Mannes, sowie im ersten Jahr der Behandlung von dem C. F. Falle ab und zu mittels Schröpfköpfe 5—6 Unzen Blut entzogen habe mit entschieden bedeutender Erleichterung in Bezug auf die Respiration, sowohl als die Circulation. In der allerletzten Zeit hat Dr. A b b é e in Nauheim vor dem Verein der Aerzte Nauheims einen Vortrag gehalten über einen Herzstützeapparat, den er sich construirt hat, um bei stark vergrössertem Herzen mit Erweiterung und heftigen Angina- und Dyspnoe-Erscheinungen das Herz in der Weise zu stützen, dass es nach oben gehalten und demselben dadurch die Arbeit erleichtert wird.

Dieser Apparat besteht aus einer herzförmig gestalteten Pelotte, auf die untere Herzgegend, einem Gurt über die rechte Schulter und einem Gurt um den unteren Theil des Brustkorbs herum. Dr. A. führte eine Reihe von Fällen an, die so bedeutend durch diese mechanische Unterstützung gebessert wurden, dass diese mechanishce Behandlungsform unbedingte Nachprüfung verdient.

Zum Schlusse bedarf es noch der Mittheilung, dass ich Herrn Dr. L. H e i t z m a n n einige Stückchen Muskel vom linken und rechten Ventrikel des vorgezeigten Herzens zur microscopischen Untersuchung übergeben hatte. Dr. H. berichtet, er habe ziemlich verbreitete Fettdegenerationen von manchen Muskelbündeln und trübe Schwellung anderer nachweisen können.

Dr. I. A d l e r: Das sehr interessante Präparat, das uns Dr. W e b e r gezeigt hat, scheint mir doch noch etwas näherer Begründung zu bedürfen. Es thut mir leid, dass er nichts über den Zustand der Nieren in diesem Falle gesagt hat. (Dr. L. W e b e r: Sie sind gesund befunden worden.) Das Herz scheint mir doch kein derartiges Herz zu sein, dass sich auf rein mechanische Weise erklären lässt. Auf keinen Fall scheint es mir wahrscheinlich, dass die alte Infiltration auf der rechten Lunge ein so gewaltiges Hinderniss verursachen würde, das sich nicht compensiren könnte. Das Herz ist durchaus degenerirt. Welcher Art die Degeneration ist, würde eventuell einer genauen microscopischen Untersuchung bedürfen.

(Dr. L. W e b e r: Ich habe vergessen den microscopischen Befund vorzulesen. Derselbe lautet wie folgt.) (Liest.)

Vielleicht könnte uns Herr Dr. H e i t z m a n n etwas über den Zustand der Herzgefässe sagen. Auf alle Fälle glaube ich, dass man hier, ehe man an ein mechanisches Hinderniss denkt, an einen degenerativen Vorgang zu denken hat. Es ist ein Herz, wie es bei chronischem Alkoholismus nicht allzuselten ist, wo die Hypertrophie des Herzens mit nachfolgender Degeneration sehr leicht vorkommt. Dieses Herz erinnert mich, obgleich es in dem jetzigen Zustand einer genaueren Diagnose nicht mehr zugäng-

lich ist, an die Alcoholherzen, die man öfter Gelegenheit hat zu sehen, namentlich in Deutschland, aber auch gelegentlich hier. Die anderen Fälle, die Dr. Weber referirt hat, kann man natürlich nicht so beurtheilen. Nur das möchte ich beanstanden, dass eine chronische Pneumonie oder Bronchitis eine derartige allgemeine Hypertrophie des Herzens hervorbringen kann. Es ist wenigstens so viel ich weis nicht beobachtet worden. Man findet allerdings mässige Hypertrohie eines Ventrikels, aber nicht eine derartige allgemeine Hypertrophie und Degeneration. Ich glaube, man muss da auf mechanische Hindernisse verzichten, wenigstens wenn sie nicht direct an der Aorta selber sind. So ähnliche Herzen kommen ja vor bei Stenosen in Verlauf der Aorta, aber die allgemeinen mechanischen Hindernisse im Thorax selber haben nach den bis jetzt vorliegenden Beobachtungen kaum einen solchen Einfluss auf das Herz.

Dr. Louis Heitzmann: Ich habe meinem Bericht, den Dr. Weber vorgelesen hat, eigentlich nichts hinzuzufügen. Ich habe nur kleine Ventrikelstücke bekommen und kann deshalb über Gefässveränderungen nichts sagen.

Dr. L. Weber (Schlusswort): Das Alcoholmoment in der Aetiologie des Falles dürfte man betonen, aber ich habe recht genaue Erkundigungen eingezogen, und wenn ich auch zugebe, dass der Mann trank, so trank er nicht in der Weise, dass ein Alcoholherz zu erwarten gewesen wäre. Es kommen natürlich in der Entwickelung des Alcoholherzens verschiedene Momente in Betracht. Abgesehen von Alcohol ist eine gewisse Disposition nothwendig, denn wir wissen, dass sehr viele Menschen kolossal viel trinken, viel mehr als C. F. je getrunken hat und ein verhältnissmässig hohes Alter erreichen ohne Herzbeschwerden. Wenn ich in einem Fall wie C. F. einen Patienten zwei Jahre lang beobachtete und ihn in der Weise untersucht habe, wie ich es gethan, häufige Urinuntersuchungen vorgenommen und immer normalen Urin gefunden habe, so ist kein besonderer Grund, hier mehr an Alcohol als an mechanische Störung zu denken. Gewiss habe ich nicht behauptet und will nicht behaupten, dass das mechanische Moment allein die Hypertrophie resp. die Degeneration des hypertrophirten Herzens veranlasst. Aber dass es eine allgemeine Hypertrophie veranlassen kann, daran halte ich umsomehr fest, als in Fall 1 und 2 absolut nichts vorlag, was sonst diese noch viel mehr vergrösserten Herzen erklären könnte. Das Mädchen, sowohl wie der 60jährige Mann tranken niemals etwas anderes als Wasser, soweit ich weiss; der Mann rauchte nicht, sie hatten ausser der Thoraxverkrüppelung nichts an sich, was die Herzhypertrophie hätte hervorbringen können. Ich bleibe daher fest bei der Meinung, dass, wo ein ursächliches Moment auf lange Jahre zurückdatirt, zuletzt eine Degeneration in Form der parenchymatösen Entzündungen theilweise und noch mehr, wie die

Untersuchung es bestätigt hat, auch ohne Alcohol und andere Gifte Degeneration eines solchen Herzens eintreten kann. Immerhin will ich dem Collegen so viel zugeben, dass man in dem Falle C. F. das Alcohol als mitschuldiges Moment in Betracht ziehen kann.

(Fortsetzung folgt.)

Deutsche Medicinische Gesellschaft von Chicago, Ill.

Sitzung vom 28. December 1899.

Präsidium: Dr. Herzog.

Dr. Leo Loeb hält einen Vortrag: Neuere Ansichten über das Nervensystem.

Drei Perioden können unterschieden werden in der Entwicklung unserer neuen Anschauungen über den Aufbau des Nervensystems. Die zweite ist die der Neurontheorie. Es wird dargelegt, dass sie auf drei verschiedenen Forschungsmethoden basirt wurde, dass sie viele klinische Thatsachen zu erklären diene. Die Versuche, alles psychische Geschehen aus ihr zu erklären, misslangen. Die neueste Phase unserer Anschauungen über den Aufbau des Nervensystems, herbeigeführt durch die Forschungen Apatty's und Bethe's. Die histologischen Vorstellungen von der Zusammensetzung des Nervensystems aus Neuronen scheinen nach den neuesten Forschungen über den Fibrillenkreislauf ohne Anfang und Ende nicht mehr haltbar zu sein. Auch die embryologischen Untersuchungen von His sind dadurch zweifelhaft geworden. Weitere Arbeit muss zeigen, wie die Degenerationsversuche mit den neuen Vorstellungen vereinbar sind. Gleichzeitig sind neue Gesichtspunkte über das Wesen der nervösen Vorgänge entstanden. Goltz's und Ewald's, J. Loeb's und Bethe's Versuche lassen die Bedeutung der nervösen Centralorgane und der Ganglienzellen in neuem Lichte erscheinen. Die neuen Versuche I. Loeb's über die chemischen Bedingungen rhythmischer Muskelcontractionen in verschiedenen Thierklassen eröffnen neue Ausblicke für eine Erklärung der motorischen Function der Nerven.

Discussion über Dr. Lieberthal's Vortrag: Behandlung des acuten Eczems.

Dr. Ries: Ich bin einverstanden mit den Darlegungen des Vortragenden, auch mit der Empfehlung der Wischwässer, die oft gute Dienste leisten, obwohl es sonst immer hiess: Nur kein Wasser. — Dr. Zeitler: Die Wässer sind in manchen Fällen sehr gut, nur nicht bei Kindern. Bei Intertrigo haben Bleiwasserumschläge oft sehr gute Erfolge. — Dr. Holinger spricht über das Eczem am Ohr und das an der Nase. Diese Eczeme heilen schnell, wenn es möglich ist, die Ausflüsse aus den betr.

Organen zu beseitigen. Bei Eczem der Nase ist schwache Quecksilbersalbe empfehlenswerth. — Dr. Herzog: Hat Jemand Erfahrungen über das Formalineczem? — Dr. Liebertha l: Ein Unterschied ist zu machen zwischen Wischwässern und gewöhnlichem Wasser. Die Wischwässer sind aromatische Wässer und haben kühlenden und leicht adstringirenden Effect, das gewöhnliche Wasser scheint reizend für die Haut zu sein. Formalineczem ist ein Gewerbeeczem; das einzige Prophylacticum wird sein, Gummihandschuhe zu tragen.

Dr. J. Holinger berichtet über eine interessante Ohroperation.

Schluss der Sitzung.

Sitzung vom 11. Januar 1900.

Präsidium: Dr. Maximilian Herzog.

Dr. M. Herzog: Die Nierenmischgeschwülste des Kindesalters.

Die Nierenmischgeschwülste kommen fast nur bei Kindern vor, weitaus die meisten in den allerersten Lebensjahren; nur zwei Fälle bei Erwachsenen — 18 bzw. 34 Jahren — beschrieben. Diese Geschwülste führen Anfangs nicht zu pathologischem Urin, besonders fehlt gewöhnlich Blut im Urin; sie werden erst bemerkt, wenn das Abdomen bedeutend ausgedehnt ist und Athembeschwerden sich einstellen. Sie bilden nicht frühzeitig Metastasen, erst nach durchbrochener Capsel, führen in der Regel unter cachektischen Erscheinungen zum Tode; alle Operationen sind bis jetzt unglücklich verlaufen.

Histologisch sind es Mischgeschwülste, welche Bindegewebe, Muskel-, Schleim-, Knorpel-, Fettgewebe u. s. w. enthalten können, nur kein Knochengewebe. Sie wurden verschiedentlich für Carcinom, Sarcom, Carcinosarcom, Myosarcom gehalten.

Nach Mittheilung der Erklärungsversuche Birch-Hirschfeld's, der histogenetisch diese Tumoren von Einschlüssen der Urniere, des Wolf'schen Körpers, ableitet, Wilm's, der sie vom Mesoderm kommen lässt, Busse's, der deutliche Strata wie bei der äusseren Haut vorfand und deshalb von verhornten Epithelialzellen spricht, stellt der Vortragende seine eigene Theorie auf, wonach die Mittelplatte nicht richtig abgeschnürt wird und dadurch Zellen des Myotom in das Nephrotom kommen.

An den Vortrag schloss sich die Demonstration von zwei Präparaten an.

Dr. E. Saurenhaus berichtet zwei ähnliche Fälle, die jedoch Eierstockstumoren waren. Die Heilung nach der Operation ging glatt von Statten, aber die Patientinnen gingen später an Metastasen zu Grunde.

Dr. Leo Loeb: Eine sichere Entscheidung über die Genese vorläufig nicht möglich. Diese Tumoren sind immer scharf abgegrenzt von der eigentlichen Niere, daher anzunehmen, dass

sie nicht im Zusammenhang mit der Niere stehen. Im Allgemeinen ist die Theorie von Herzog wahrscheinlicher wie die von Wilms.

Dr. Herzog: Ich möchte nicht, dass diese Tumoren mit Teratomen zusammengeworfen werden. Das Teratom wird in ähnlicher Weise gebildet wie eine Dermoidcyste und wird inficirt. Ich halte ein lebendiges Agens von der Aussenwelt für nothwendig, um die Bösartigkeit zu erzeugen, eine einfache nutritive Störung zur Erklärung nicht ausreichend. Was die Adenome der Niere betrifft, so sind sie in der Regel Hypernephrome, Einschlüsse der Nebenniere.

Dr. A. Decker: Die Medicin vor hundert Jahren. (Ist in Nummer 5 ds. Jhrg. dieser Monatsschrift erschienen.)

Dr. Fischkin berichtet im Anschluss hieran über ein medicinisch-chirurgisches Buch des 17. Jahrhunderts.

Infolge einer Aeusserung von Dr. J. Holinger, der gegen den landesüblichen, nach seiner Ansicht mit der Förderung der Wissenschaft im Widerspruch stehenden streng parlamentarischen Gang der Discussion protestirt, entspinnt sich eine lebhafte Debatte.

Auf Antrag von Dr. Herzog wird der Vorstand beauftragt, Vorschläge zur Regelung der Discussion sobald als möglich vor die Gesellschaft zu bringen.

Dr. Lieberthal regt an, man solle in Zukunft nicht ohne zwingenden Grund Vortrag und Discussion auseinanderreissen, wie es leider mit seinem Vortrag geschehen sei.

Dr. A. E. Bertling wird als Mitglied aufgenommen.

Schluss der Sitzung.

Sitzung vom 25. Januar 1900.

Vorsitzender: Prof. Dr. Klebs.

Dr. Alfred Schirmer stellt einen Patienten vor unter der Diagnose Aortenaneurysma und macht darauf aufmerksam, dass er bei dem Patienten die Behandlung mit Gelatin-Injectionen versuchen und später über den Erfolg berichten werde.

Dr. K. Doepfner ist überzeugt, dass irgendwo in der Anonyma eine Stenose sich befinde wegen der gestörten Circulationverhältnisse und Functionsbehinderung der rechten oberen Extremität, hegt aber Zweifel über die Existenz eines Aneurysma. Er erwähnt ferner, dass in der Literatur Todesfälle nach Gelatin-Einspritzungen sich finden.

Dr. E. A. Fischkin: Das Eczem und seine Behandlung. (Autoreferat.)

Es ist unmöglich, die Therapie des Eczems zu verstehen, ohne eine klare Vorstellung von der Krankheit zu haben; aber diese fehlte uns vollständig. Selbst eine Definition des Eczems zu

geben war bis jetzt nicht gelungen. Die Aetiologie war in Dunkel gehüllt und die Anatomie gab keinen Aufschluss über das Wesen der Krankheit. Die deutsche Schule wollte nur äussere Factoren gelten lassen (mechanochemische und thermische) und die französische nur innere (Arthritismus, Herpetismus), aber beide folgerten ihre Theorien aus den Symptomen und nicht aus dem innern Wesen der Krankheit. Das Eczem wurde als eine Entzündung der mittleren Haut aufgefasst und aus ihr sein cyclischer Verlauf im C o h n h e i m'schen Sinne erklärt. Aber dagegen liessen sich viele Einwendungen machen: 1. war damit der Unterschied zwischen E. und anderen Hautentzündungen nicht gegegben; 2. trat E. nicht immer als Erythem auf, was doch sein müsste, wenn es als idiopathische Entzündung von der Papillarschicht ausginge; 3. sprechen manche Formen des Eczems und ihre Analogien mit den circinären parasitären Hautkrankheiten für die Wahrscheinlichkeit der parasitären Ursache des Eczems und 4. sind die therapeutischen Mittel, die wir beim E. anwenden, ausser den wenigen antiphlogistischen, fast alle antiparasitärer Natur.

Deshalb scheint dem Ref. die Theorie U n n a's von der parasitären Ursache so verlockend: sie erklärt nicht nur die Eigenthümlichkeiten der Eczemformen durch eine aetiologische Einheit, sondern führt die ganze Polymorphie des E. auf eine histologische Einheit zurück.

Die aetiologische Einheit ist der Morococcus. Das Eindringen desselben in die Epidermis verursacht typische Erscheinungen, die Cardinalsymptome des Eczems bedingt durch den chemotactischen Einfluss der Coccen und ihrer Toxine. Diese Symptome sind: 1. die Parakeratose oder mangelhafte Verhornung, verursacht durch ein parenchymatöses Oedem der Uebergangsepithelien; 2. die Acanthose oder Epithelwucherung, welche sich histologisch in reicher Mitosenbildung, klinisch in Papelbildung äussert und 3. die spongoide Umwandlung des Epithels oder die Bläschenbildung bestehend in einem interstitiellen Oedem der Stachelschicht mit Erweiterung der Saftspalten. Die ersten Erscheinungen spielen sich also in der Epidermis ab, secundär tritt dann eine Entzündung der Cutis hinzu mit Erweiterung von Blut- und Lymphgefässen und Wucherung von Bindegewebszellen. Aus diesen Symptomen und ihren Combinationen setzen sich alle Formen des Eczems zusammen.

Nachdem Ref. die bisherige Eczemtherapie, innere wie äussere, kritisirt, hebt er die Gesichtspunkte hervor, welche sich uns aus der U n n a'schen Theorie für die Therapie erschliessen und die uns ein zielbewusstes Handeln gestatten. Wie bei jeder Infectionskrankheit haben wir es beim Eczem mit 2 Factoren zu thun: mit dem infectiösen Keime und der Disposition der Haut für denselben. Deshalb muss die Therapie eine directe antiparasitäre und eine indirecte die Oberhaut beeinflussende sein.

Auf die einzelnen klinischen Formen des E. zurückkommend und die Eigenschaften des Wassers, der Puder, der Salben und der Pasten in Betracht ziehend, kommt Ref. zum Schlusse, dass wir beim erythematösen, oedematösen und vesiculösen Eczem nur Puder oder schwach reducirende und adstringirende Wässer zu gebrauchen haben und auf keinen Fall Salben anwenden sollen, welchen er einen Platz nur in der Behandlung des chron. Eczema rubrum und des squamösen Eczems einräumt. Das pustulöse E. verlangt antiseptische Behandlung, während man bei den chronischen Eczemformen mit den reducirenden Mitteln in Salbenform zum Ziele kommt.

Discussion. Dr. Lieberthal greift die Unna'schen Anschauungen an und stellt sich auf den Standpunkt der Wiener Schule.

Hierauf wird die Fortsetzung der Discussion auf die nächste Versammlung verlegt.

Geschäftliches: Dr. F. Springe wird als Mitglied aufgenommen.

Sitzung vom 8. Februar 1900.

Präsidium: Dr. E. Ries.

Dr. A. C. Klebs: Grosse Cyste der Epiglottis. Bei einem 15jährigen Mädchen fand sich ein von der Epiglottis ausgehender Tumor, der das ganze Lumen des Larynx ausfüllte. Der Tumor ist röthlich, ziemlich weich, nach vorn und hinten beweglich und machte keine Schling- und Sprechbeschwerden. Eine Incision zeigte, dass es sich nicht um eine Cyste, sondern um ein cystisch entartetes Fibrom handelt. Behandlung besteht in stückweiser Entfernung der Geschwulst, nachdem die Entfernung mit der galvanocaustischen Schlinge nicht gelang.

Discussion. Dr. Holinger: Der Fall ist merkwürdig wegen des Fehlens der Symptome. Die Entfernung ist indicirt, weil infolge einer plötzlichen Anstrengung der Tumor aspirirt werden kann. Ich bin für theilweise Abtragung eventuell mit der galvanocaustischen Schlinge. Ueber die Diagnose kann nur das Microscop Auskunft geben. — Dr. Doepfner: Ein Chirurg würde hier anders verfahren und die Pharyngotomia subhyoidea ausführen, wodurch die Neubildung auf einmal rasch beseitigt werden könnte. — Dr. Saurenhaus: Liegt nicht Syphilis vor? — Dr. A. C. Klebs: Die galvanocaustische Schlinge war jedesmal abgeglitten. Die Anwendung des Messers erheischt Vorsicht und nach jedesmaliger Anwendung desselben wird die Wundfläche gebrannt. Dr. Doepfner erwidere ich, dass die endolaryngologische Technik soweit ausgebildet ist, dass man eine Verunstaltung der äusseren Haut vermeiden kann. Gumma im Larynx ist in diesem Falle vollkommen ausgeschlossen. — Dr. Thierhaus: Ich habe selbst ein derartiges

Gumma bei einem 11jährigen Mädchen gesehen. — Dr. Doepfner: Ich bin der Ansicht, dass ein Laryngologe solche Operationen wie die vorgeschlagene Pharyngotomie selbst machen und nicht dem Chirurgen überlassen soll. — Dr. A. C. Klebs: Wir müssen erst die endolaryngologischen Methoden erschöpfen, ehe wir anders operiren.

Dr. E. Saurenhaus: Demonstration von Präparaten.

Exstirpirter Uterus. Die 34jährige Patientin hatte eine grosse Blumenkohlgeschwulst. Die Operation verlief günstig, war aber erschwert dadurch, dass die Blase mit der vorderen Uteruswand verwachsen war. Von der Ries'schen Operationsmethode, Entfernung der Drüsen, war abgesehen worden.

Zugleich berichtet der Vortragende über einen zweiten Fall, der sich sehr langsam entwickelt hatte. Die 40jährige Patientin kam in Behandlung hauptsächlich wegen eines retroflectirten Uterus mit vielen Adhäsionen. Massage, Douchen und Pessar brachten den Uterus in leidliche Stellung. Eine späterhin ausgeführte Auskratzung ergab Carcinom. Operation zur Zeit noch nicht ausgeführt.

Discussion. Dr. E. Ries: Ich mache viel ausgedehntere Operation. Die Zurücklassung der Tuben und Ovarien ist aufgegeben worden, weil dort eventuell Carcinom vorhanden sein kann. Aus gleichem Grunde werden sämmtliche Drüsen entfernt. Erwähnung einiger Fälle, welche lange Zeit nach dieser Operation, bis zu drei Jahren, frei von Recidiv geblieben sind. — Dr. Saurenhaus: Es giebt vorgeschrittene Fälle, die gut bei der Operation verlaufen, und solche anscheinend im Anfangsstadium, die letal endigen. Die Prognose ist ausserordentlich verschieden.

Fortsetzung der Discussion über das Eczem.

Dr. Schalek: Wir wissen sehr wenig über die Pathologie des Eczems. Nach der Aetiologie das E. zu behandeln, ist bis jetzt noch nicht angängig. Die gegenwärtige erfolgreiche Behandlung spricht gegen die parasitäre Natur. Die beste Eintheilung für die Behandlung, obwohl eigentlich nicht richtig, ist die in acutes und chronisches Eczem. Eine milde, indifferente Salbe ist beinahe die halbe Heilung. Rücksicht ist stets zu nehmen auf hygienische Verhältnisse, sowie auf etwaige vorhandene Krankheiten. Wir finden, dass die Milch der Mutter nicht passend ist für das Kind. Wird bei Diabetikern die Zuckereinfuhr vermindert, so schwindet oft das Eczem auffallend schnell. Eine antiseptische Behandlung ist vorläufig noch aussichtslos. — Dr. Kaufmann (Carlsbad): Fälle, welche jeder localen Behandlung trotzten, kommen oft durch eine Behandlung in Carlsbad zur Heilung. — Dr. Lieberthal: Ohne Salben beim acuten E. kann man nicht auskommen, z. B. beim crustösen E. Es ist ein grosses Verdienst, dass die feuchten Umschläge in die Behandlung gezogen wurden. — Dr. L. Loeb weist auf den Einfluss

nervöser Zustände auf das E. hin. Er warnt vor dem Versuche, eine rein empirische Therapie wissenschaftlich begründen zu wollen. — Dr. A. Heym: Bestimmte Hauterscheinungen können durch nervöse Affectionen hervorgerufen werden, aber über das E. ist mir nichts derartiges bekannt. — Dr. Leusman: Das acute Eczem ist bei der Discussion übersehen worden. Bei fieberhaften Fällen, die sich über den ganzen Körper erstrecken, hat sich mir Oel am besten bewährt, besonders Ricinusöl in Verbindung mit Perubalsam. Bei chronischem E. wende ich Theersalben an. — Dr. Schalek: Ob Oel oder Salbe, ist wohl einerlei. Perubalsam über den ganzen Körper einzureiben ist nicht zu empfehlen. — Dr. A. C. Klebs: Ich bin nicht von der Nothwendigkeit der Salben und Oele überzeugt. Die hygienische Beaufsichtigung, die von grossem Werthe, scheint etwas vernachlässigt zu sein. Berichtet über zwei Fälle, welche nach langer, erfolgloser localer Behandlung durch ein strictes hygienisches Regime geheilt worden seien. — Dr. Doepfner erwähnt, dass in der Schweiz die Patienten mit chronischem Eczem in Badeorte geschickt werden. — Dr. Schalek bemerkt Dr. Klebs gegenüber, dass er die Hygiene bei der Behandlung des Eczems berührt habe. — Dr. Fischkin: Die Discussion hat gezeigt: so viele Dermatologen, so viele Meinungen. Bei dem allgemeinen Wirrwarr in der Therapie sind mir die Unna'schen Principien verlockend erschienen, und seit ich nach Unna behandle, habe ich auch bessere Resultate.

Dr. Doepfner wünscht zu berichtigen, dass die von ihm in der vorhergehenden Sitzung erwähnten Todesfälle nach Gelatineinspritzungen sich nicht auf subcutane, sondern auf directe Injectionen in das Aneurysma beziehen.

Dr. A. Decker, Schriftführer.

Referate und Kritiken.

Transactions of the XXX. American Dermatological Association at its Twenty-third Annual Meeting, held in the College of Physicians, Philadelphia, Pa., May 30th to June 1st, 1899. Official Report of the Proceedings by George Thomas Jackson, M.D., Secretary. The Rumford Press, Concord, N. H., 1900.

Der stattliche Band enthält, wie schon der Titel besagt, die Verhandlungen der American Dermatological Association bei der vorjährigen Jahresversammlung zu Philadelphia und giebt beredtes Zeugniss von der reichen nutzbringenden Arbeit, die auf diesem Gebiet von den einzelnen Mitglieder der genannten Gesellschaft geleistet wurde. Die einzelnen Vorträge, auf deren

Inhalt leider hier nicht näher eingegangen werden kann, sind sorgfältig ausgearbeitet, enthalten viele neue Gesichtspunkte, besonders auf bacteriologischem Gebiete, und sind zum Theil durch vortrefflich ausgeführte Tafeln illustrirt. Der Band wird eingeleitet mit der Addresse des Präsidenten der Gesellschaft, Dr. John A. Fordyce, und beschlossen mit einem eingehenden Bericht des Comités für Statistik. Aus letzterem Bericht ist interessant, zu erwähnen, dass der spanisch-amerikanische Krieg trotz der damit verbundenen zeitweisen grösseren Truppenzusammenziehung in engen Lagern anscheinend nicht dazu beigetragen hat, die Frequenz der Hautkrankheiten zu vermehren.

Sechzehnter Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Hygiene. Jahrgang 1898. Herausgegeben von Dr. A. Pfeiffer. Supplement zur „Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege." Band XXXI. Verlag von Friedrich Vieweg und Sohn. Braunschweig 1900.

Der vorliegende Jahresbericht enthält wie seine Vorgänger eine ausgezeichnete und lückenlose Besprechung aller Errungenschaften des Jahres 1898 auf dem nunmehr so ausgedehnten Gebiete der Hygiene. Es ist nicht möglich, hier aus dem ungemein reichhaltigen Inhalt auch nur die Titel der wichtigsten Arbeiten anzugeben, und es sei hier darum nur auf die ganz besonders wichtigen und lesenswerthen Abschnitte über die Infectionskrankheiten, Gewerbehygiene und Nahrungs- und Genussmittel hingewiesen. Wer auf dem Gebiete der Hygiene und über die vielen Fortschritte in derselben orientirt bleiben will, und diese Absicht sollte mehr oder minder jeder wissenschaftlich gebildet sein wollende Arzt haben, dürfte kaum ein besseres Werk hiefür finden, als den vorliegenden Jahresbericht.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

Münchener Medicinische Wochenschrift, 1900. No. 6 mit 9.

1) H. Kehr (Halberstadt): *Die Verwendung der Gelatine zur Stillung cholaemischer Blutungen nach Operationen am Gallensystem nebst Bemerkungen über* Poppert's *wasserdichte Drainage der Gallenblase.*

Die cholaemische Blutung nach chirurgischen Eingriffen an icterischen Menschen ist ein von den Operateuren sehr gefürchtetes Ereigniss. Bei 3 Fällen des Verf. traten dieselben so heftig auf, dass man recht wohl an einen fatalen Ausgang denken konnte. K. benutzte zur Stillung der Blutung in diesen drei Fäl-

len die von Lancereaux empfohlene subcutane Injection einer 2proc. Gelatinelösung und hatte die Freude, dass sofort die Blutung schwächer wurde und bald aufhörte. Wenn auch K. zugiebt, dass es sehr schwer ist, bei einer Blutung mit Bestimmtheit zu sagen, dass das angewandte Mittel, besonders wenn es entfernt vom Orte der Blutung applicirt wird, auch in der That eine blutstillende Wirkung gehabt hat, so hat er doch den bestimmten Eindruck gewonnen, dass das Mittel geholfen hat, weil allgemein bekannt ist, dass gerade cholaemische Blutungen eine sehr geringe Tendenz zum spontanen Aufhören haben, und weil er von der Wirkung der Gelatinelösung bei diesen drei Beobachtungen einen so regelmässigen Erfolg sah, wie er ihn beim Gebrauch anderer Mittel niemals beobachten konnte. K. hält daher bei der so gefürchteten cholaemischen Blutung eine Prüfung des Mittels für angezeigt.

Die Technik war sehr einfach. K. liess vom Apotheker 10 g weisse Gelatine in 500 ccm 0,7 proc. NaCl-Lösung sterilisiren und spritzte davon 200 ccm, auf 38,0° C. erwärmt, unter allen Regeln der Asepsis subcutan ein. Die Injection erfolgte mit einer ausgekochten Spritze (Dieulafoy) und zwar benützte er sowohl die äussere Fläche des Oberschenkels, als auch die Brusthaut. Irgend welche Nebenershceinungen (heftige Schmerzen, Fieber etc.) hat K. nicht beobachtet.

Was Popper's „wasserdichte Drainage der Gallenblase" anbelangt, so ist dieselbe nach K. nichts Neues, sondern nur eine Wiederholung des von ihm schon im Jahre 1894 auf dem Chirurgencongress beschriebenen „Schlauchverfahrens." Beide Verfahren, das von Poppert und das von K., decken sich vollständig. Neu ist an der Mittheilung Poppert's, dass er das Schlauchverfahren nicht nur bei geschrumpften, sondern auch bei grossen Gallenblasen anwendet; ob das immer gut ist, ist eine andere Frage.

2) K. Brandenburg: *Ueber die Reaction der Leukocyten auf die Guajaktinctur.*

Verf. giebt folgendes Resumé: Die Eiterreaction mit Guajaktinctur verdient als bequemes Reagens auf Eiter im Urin und verschiedenen Excreten eine weitere Verbreitung. Da der Urin reducirende Substanzen enthält, welche das Eintreten der Blaufärbung erschweren bezw. verhindern, empfiehlt es sich in manchen Fällen, eine Urinprobe abzufiltriren und die Reaction auf dem Filter anzustellen. 2. In der gleichen Weise durch Abfiltriren einiger Tropfen in Wasser gelösten Blutes, lässt sich bei der Leukaemie auf dem Filter eine blaue Färbung mit Guajaktinctur hervorrufen. 3. Die Eigenschaft des Eiters, die Guajaktinctur blau zu färben, beruht mit Wahrscheinlichkeit auf der Wirkung von Nucleoproteiden, welche noch in sehr starker Verdünnung wirksam sind. Die aus Leber, Milz und Thymus in der gleichen Weise dargestellten Nucleoproteide bläuten Guajak

nicht. Aller Wahrscheinlichkeit nach kommt die Reaction im Wesentlichen den Zellen der Leukocytengruppe zu (Knochenmark), so dass sie unter Umständen benutzt werden kann zur Erkennung dieser, gegenüber gewissen Organzellen und den Zellen des adenoiden Gewebes, den Lymphocyten.

3) K r e c k e (München): *Ueber Skoliosis ischiadica.*

K. beschreibt einen Fall von alternirender Scoliose bei einem 34jährigen Arbeiter, der in Folge einer starken Durchnässung an einer typischen linksseitigen Ischias erkrankt war. Im Verlaufe derselben stellte sich allmählich eine Verbiegung des Oberkörpers nach der rechten Seite ein; mit der Zeit lernte Pat. seinen Körper auch nach der linken Seite verbiegen. Die Untersuchung ergab einen schmerzhaften Druckpunkt am Foramen ischiadicum sinistrum und eine stets wechselnde Verbiegung der Lenden- und Brustwirbelsäule. Entweder Concavität nach rechts, Contractur des linken Sacro-lumblais, Beckensenkung links — heterologe Scoliose. Oder Concavität nach links, Contractur des rechten Sacro-lumbalis, Beckensenkung rechts — homologe Scoliose. Beim Sitzen und Liegen glich sich die Scoliose aus. Zum Verständniss dieser Verbiegung muss man die Entlastung der schmerzhaften Theile heranziehen. Pat. hat nur e i n e n Druck- und Schmerzpunkt an der Austrittstelle des linken Ischiadicus. Um diesen vom Druck möglichst zu entlasten, neigt er den Rumpf nach rechts und senkt das Becken auf der kranken Seite. Ganz schmerzfrei bleibt er aber auch dadurch nicht. Um den Stamm nach rechts geneigt zu halten, muss er eine andauernde kräftige Contraction des linken Sacro-lumbalis ausführen. Durch die starke Muskelcontraction werden die hinten an der Lende austretenden Hautnerven dauernd gedrückt, nach einiger Zeit wird dem Kranken der Druck zu stark, und durch Verkrümmung der Wirbelsäule in die homologe Form wird der linke Sacro-lumbalis schlaff und der Druck auf die Nerven hört auf. Dafür stellt sich dann wieder der Schmerz am Foramen ischiadicum ein, und so wiederholt sich dasselbe Spiel immer von Neuem.

4) A. H a d e n f e l d t (Kiel): *Ueber totale Pylorusstenose nach Laugenätzung.*

Der Fall betrifft ein 6½ Jahre altes Kind, welches aus Versehen einen grossen Schluck Lauge getrunken hatte. Drei Wochen nach der Verätzung, die eine nachweisbare Oesophagusstrictur verursacht hatte, trat ein allmählich zunehmender abdominaler Meteorismus auf, 8 Tage später langsam ansteigender Erguss innerhalb der Bauchhöhle unter gleichzeitigem Schwunde des Meteorismus. Erbrechen ist zeitweise vorhanden gewesen, aber nicht eigentlich von Mageninhalt und zumeist sogleich nach der mässigen, hauptsächlich flüssigen Speiseaufnahme. Anfangs sogar reichlicher Stuhlabgang (nach Clystiren). Keine Peristaltikvermehrung constatirbar. Wenig Schmerz und Druckempfindlichkeit. Kein Fieber. Puls etwas beschleunigt. Bedeu-

tende Abmagerung. Bei der vorgenommenen Explorativlaparotomie fand sich ein ganz enorm dilatirter Magen als Folge des total stenosirten Pylorus. Gastroenterostomia anterior in der Magenmittellinie. Heilung.

5) M. Nassauer (München): *Hydrorrhoea ovarialis intermittens. (Hydrops ovarii profluens.) Zur Lehre von den Tubo-Ovarialcysten.*

An der Hand des durch die Laparotomie gewonnenen anatomischen Präparates beschreibt N. die klinischen Erscheinungen einer Tubo-Ovarialcyste mit temporär durch Uterus und Scheide profluirendem Ovarialcysteninhalt, sowie die vorliegenden anatomischen Verhältnisse bei der Laparotomie und des Befundes der exstirpirten Geschwulst. In besonders ausführlicher Weise bespricht Verf. die Aetiologie des Zustandes und die bisher über den Gegenstand veröffentlichte Literatur. Nach N. ist in aetiologischer Beziehung sowohl in dem von ihm beobachteten Falle, als auch bei allen früheren Beobachtungen eine vorausgegangene Gonorrhoe verantwortlich zu machen. Zuerst erkrankt die Tube gonorrhoisch. Diese gonorrhoische Tubenerkrankung verursacht eine entzündliche Erkrankung ausserhalb in der Umgebung der Tube, des Ovariums und des Beckenbauchfells der betreffenden Seite. Also primäre Entzündung. Die Entzündung des Ovariums und seiner Umgebung veranlasst u. a. eine cystöse Erkrankung desselben. In eine solche Cyste schlüpft beim Platzen derselben die adhaerente Tube mit dem freien Fimbrienende hinein. Das Fimbrienende verklebt mit der serösen äusseren Fläche mit den geplatzten Cystenrändern ringförmig, so dass die Fimbrien innerhalb der Höhlen noch flottiren. Späterhin können diese Fimbrien bis zu ihrem freien Ende an der Innenwand der Cyste anwachsen. Dann ist der Druck in der Cyste im Stande, auch den abdominalen Theil der Tube in grösserer oder kleinerer Länge auszudehnen und ihn zur Tubo-Ovarialcystenbildung mit zu verwerthen. Es kann dann, wie der von N. beobachtete Fall beweist, eine Entleerung dieses Ovarialcysteninhaltes nach aussen durch die Tube und den Uterus stattfinden.

6) J. A. Grober (Jena): *Ueber die Wirksamkeit der Spinalpunction und das Verhalten der Spinalflüssigkeit bei chronischem Hydrocephalus.*

Von dem Gedanken ausgehend, dass der Hirnschädel eines hydrocephalischen Kindes weich genug sei, sich dauernd veränderten Inhaltsverhältnissen anzupassen, hat Verf. bei zwei Kindern, die an Hydrocephalus litten, eine Reihe von regelmässig aufeinander folgenden Punctionen ausgeführt (25 und 12 mal) und in dem einen Fall eine Heilung, in dem anderen eine, wenn auch geringe, anhaltende Besserung erreicht. Die Technik der Spinalpunction hat G. so benutzt, wie seiner Zeit von Quincke angegeben worden ist.

7) C. Wickel (Tübingen): *Ein Fall von* Friedreich'scher *Krankheit.*

W. beschreibt einen typischen Fall von Friedreich'scher Krankheit bei einem 12jährigen Knaben.

8) Steinthal (Stuttgart): *Ueber die Nachbehandlung schwerer Unterleibsoperationen.*

Verf. legt das Hauptgewicht auf intravenöse Infusion, subcutane Oeleinspritzungen und Nährclystire unmittelbar nach der Operation.

9) Roeger (Stuttgart): *Angina mit Endocarditis.*

R. beschreibt 120 Fälle dieser Art, die seit dem Jahre 1896 in dem Marienhospital in Stuttgart zur Beobachtung gelangt waren.

10) A. Lamhofer (Leipzig): *Zur Behandlung der Augeneiterung der Neugeborenen.*

L. hat seit nahezu 20 Jahren niemals bei der Augeneiterung der Neugeborenen Höllensteinlösung angewandt. Niemals trat Hornhauteiterung auf. Die Krankheit verlief rascher (ca. 2 Wochen), als er es früher zu sehen gewohnt war. Die papillären Wucherungen der Bindehaut im dritten Stadium, derentwegen die Kinder oft wochenlang in die Poliklinik gebracht wurden, blieben aus.

Des Verf. Grundsatz bei der Behandlung der Augeneiterung ist: Möglichst sorgfältige Pflege und Ernährung des Kindes bei strenger ärztlicher Ueberwachung, möglichste Abhaltung aller Schädlichkeiten vom erkrankten Auge, möglichst milde Reinigung der Augen mit lauwarmer Flüssigkeit. Die Ausspülung des Bindehautsackes lässt er alle 1—2 Stunden, je nach der Eiterabsonderung, machen mittels einer Undine; wo er der Reinlichkeit nicht traut, oder wo durchaus eine Arznei verschrieben werden muss, verordnet er ganz schwache Bor- oder Alaunlösungen statt des gewöhnlichen abgekochten Wassers. Jedes Kind erhält wenigstens für die erste Woche eine eigne Wärterin oder Pflegeperson. Eisumschläge lässt L. schon lange nicht mehr machen. Ueber ihren tonisirenden und schmerzstillenden Werth lässt sich streiten. Für das Allgemeinbefinden des Kindes und auch der Wärterin, wenn diese sie machen muss, sind sie nicht immer gleichgültig. Jedenfalls steht fest, dass unausgesetzte, gleichmässige Kühlung mit Eis selbst in einer Klinik nicht ganz leicht durchzuführen ist. In der Privatpraxis, gar bei ärmeren Leuten, auf dem Lande, im Sommer ist die Eisbehandlung meist unmöglich. Was aber nur in einer Klinik, ausserhalb von ihr nur bei Wenigen, was sich nicht überall und jederzeit anwenden lässt, verliert bei der Behandlung einer so verbreiteten Krankheit an Werth.

Bezüglich der Prophylaxis steht L. auf dem Standpunkt, dass unmittelbar nach der Geburt bei Neugeborenen, und unmittelbar

nach der Ansteckung bei Erwachsenen (hier mit gleichzeitiger gründlicher Ausspülung) ein Tropfen einer 2proc. Lösung von Argent. nitr. einmal, aber nur einmal, ja nicht wiederholt eingeträufelt werden soll.

11) H. Doerfler (Weissenburg a. S.): *Casuistischer Beitrag zur Symptomatologie der Pankreatitis acuta.*

Der Fall betraf eine 50 Jahre alte Frau, die plötzlich mit überaus heftigen Kreuzschmerzen erkrankte, die in beide Beine bis in die Unterschenkel ausstrahlten und jede Bewegung und jedes Aufrichten im Bett fast zur Unmöglichkeit machten. Dabei fehlte jeglicher epigastrischer Schmerz, jeglicher Schmerz im Abdomen überhaupt. Am 3. Tage trat Fieber ein, die Athmung wurde beschleunigt, der Puls klein, und es stellte sich einmaliges Erbrechen ein. Der Urin ist stark zuckerhaltig. Am 5. Tag erfolgte nach kurz andauerndem Coma unter Zeichen der Herzschwäche der Exitus letalis. Es wurde von D. mit Rücksicht auf den rapiden Verlauf und den Zuckergehalt des Urins die Diagnose auf Pancreaserkrankung gestellt, da Anhaltspunkte für jede andere Erklärung des rasch tödtlichen Verlaufes vollständig fehlten. Die Section ergab Necrose des Pancreasgewebes mit beträchtlicher interstitieller Fettwucherung, daneben stellenweise eiterige interstitielle Infiltration, macroscopisch als Knoten zu erkennen.

12) S. Bäck (Gleiwitz): *Ueber den Zusammenhang zwischen Scrophulose und Trachom.*

Zwischen Scrophulose und Trachom besteht sicherlich ein Nexus causalis, beide sind vielleicht auf ein gleiches aetiologisches Moment zurückzuführen. Trachom und Scrophulose kommen sehr häufig neben einander vor, sie ähneln auch im klinischen Bild einander, und man kann sagen, dass man das Trachom gerade bei solchen Patienten findet, welche einen Habitus scrophulosus besitzen. Dass das Trachom nicht absolut contagiös ist, dürfte bekannt sein. B. hat zu wiederholten Malen Selbstinfectionen an sich vorgenommen, immer jedoch mit negativem Resultat. Wer nicht dazu disponirt ist, bekommt kein Trachom trotz Infection, und wer dazu disponirt ist; bekommt es, wenn er sich auch noch so sehr davor zu schützen sucht. B. ist der Ansicht, dass dadurch uns für die Therapie gewisse Winke gegeben sind: Die medicamentöse Therapie, ebenso wenig wie die operative, kann das Trachom nicht heilen, vor Allem es aber nicht ausrotten. Auch die Isolirung kann es nicht; man darf Trachomkranke nicht in Baracken einsperren und sie auf schmale Kost setzen. Sie brauchen im Gegentheil Licht, Luft und roborirende Diät. Mit dem Cuprumstift werden wir das Trachom niemals heilen und mit der Isolirung niemals aus der Welt schaffen — dazu bedarf es, wie zur Heilung verschiedener anderer Volkskrankheiten, einer Besserung der socialen Verhältnisse.

13) R. Hahn und Albers-Schönberg: *Die Therapie des Lupus und der Hautkrankheiten mittels Röntgenstrahlen.*

Die Verf. geben eine Reihe dieses Gebiet betreffender Krankengeschichten bekannt und fassen ihre dabei gewonnenen Erfahrungen in folgenden Schlussfolgerungen zusammen: 1. Wir besitzen in den Röntgenstrahlen ein Mittel, welches auf Lupus und andere Hautkrankheiten sicher und günstig wirkt. 2. Es beseitigt absolut sicher das den Lupus begleitende Eczem und die durch denselben entstandenen elephantiastischen Verdickungen und eignet sich in Folge dessen 3. zur Flächenbehandlung und Behandlung grösserer Partien. 4. Recidive sind bei dieser Methode ebensowenig ausgeschlossen wie bei jeder anderen Behandlungsmethode. 5. Die Behandlung mit Röntgenstrahlen schliesst durchaus nicht andere Behandlungsmethoden aus, sie ergänzt vielmehr die letzteren oder lässt sich zweckmässig mit ihnen combiniren. 6. Was vom Lupus gesagt ist, gilt in erster Linie auch vom Eczem, ferner von einer Reihe noch näher bezüglich dieses Punktes zu studirender Hautkrankheiten. 7. Bei geeigneter Dosirung und genügender technischer Fertigkeit kann man schädliche Nebenwirkungen wie z. B. Dermatitis, Excoriationen, Gangraen u. s. w. sicher vermeiden.

14) F. Hahn (Nürnberg): *Zur Casuistik der Darmlipome.*

Es handelte sich um einen 43jährigen Mann, der plötzlich an den Zeichen eines theilweisen Darmverschlusses und zwar in einer Dünndarmschlinge erkrankte. Aus den Symptomen einen sicheren Schluss auf die Ursache des Darmverschlusses zu ziehen, war nicht möglich, am nächsten noch lag der Gedanke einer Invagination, obwohl auch hierfür die characteristischen Zeichen theilweise fehlten, kein Blutabgang, keine deutlichen Tenesmen, auch der geforderte „wurstförmige" Tumor war nicht deutlich. Nahe lag auch die Vermuthung eines malignen Tumors; auch die Invagination konnte auf Grund einer solchen Neubildung entstanden sein. Strangulation als Ursache des Darmverschlusses konnte von vorneherein ausgeschlossen werden. Die Laparotomie ergab die Invagination eines langen Stückes Dünndarm in Dünndarm und zwar an einer hoch gelegenen Stelle. Beim Durchtasten des betreffenden Darmstücks fühlte man im Innern desselben einige Protuberanzen, die mit der Darmwand verwachsen waren und sich nicht von ihr abstreifen liessen. In der Annahme, dass es sich um Geschwülste handele, welche die Invagination bedingten, wurde ein 15 cm langes Darmstück resecirt und durch circuläre Naht die Vereinigung der Enden hergestellt. Heilung. Das resecirte Darmstück liess auf einer 8 cm langen Strecke an der Innenfläche 4 grosse geschwulstartige Protuberanzen erkennen, welche die dunkelviolett geröthete und stellenweise leicht verdickte Schleimhaut im Ganzen glatt überzog. Sämmtliche Tumoren waren gegen die Umgebung ziemlich scharf abgegrenzt. Wie die microscopische Untersuchung

bestätigte, handelte es sich um Lipome, ein Befund, der im Darm bis jetzt nur selten gemacht worden war.

15) J. Eversmann (Aachen): *Ein Fall von Selbstbeschädigung auf hysterischer Grundlage.*

Ein erwachsenes Mädchen war mit der Wahrscheinlichkeitsdiagnose Pemphigus in das Hospital aufgenommen worden, nachdem bei ihr zuvor in rascher Reihenfolge grosse Blasen im Gesicht und an den oberen und unteren Extremitäten aufgetreten waren. Auch im Hospital hielt die Blasenbildung noch einige Tage an, bis es auffiel, dass die Blasen immer nur an den Streckseiten der Extremitäten und an Stellen, die für die Patientin leicht erreichbar waren, auftraten, ferner dass die Blasenbildung stets über Nacht erfolgte. Bei sorgfältigem Nachsuchen wurde endlich in dem Portemonnaie der Pat. ein viereckiges, mit schusterpechähnlicher, geruchfreier Salbe bestrichenes Leinenstück gefunden und der Pat. heimlich weggenommen. Von diesem Tage an hörte die Blasenbildung auf. Das Pflaster stellte sich als Emplastrum Cantharidarum heraus. Patientin wurde zur Rede gestellt und gab nach kurzem Sträuben den wahren Sachverhalt zu, ein Grund aber, warum sie sich die Selbstbeschädigung zugefügt hatte, war von ihr nicht zu erlangen.

16) B. Alexander (Reichenhall): *Meine Behandlungsmethode der Lungentuberculose mit subcutanen Injectionen von Ol. camphor. officin. Pharm. germ.*

A. will mit täglichen subcutanen Injectionen von 0,01—0,03 Campher bei Phthisikern ganz ecclatante Erfolge erzielt haben selbst in schon weit vorgeschrittenen Fällen. Alle Symptome der Lungenschwindsucht besserten sich. Als Beweis führt Verf. drei Krankengeschichten an, denen zufolge allerdings eine an das Wunderbare grenzende Besserung schon nach ganz wenigen Injectionen stattgefunden hätte.

Therapeutische und klinische Notizen.

— *Formalin bei puerperaler Endometritis.* Fell hat in einem Falle von Puerperalfieber mit gutem Erfolge Formalin angewandt und zwar aus dem Grunde, weil er hoffte, durch die sich allmählich entwickelnden Formalindämpfe eine Desinfection der Uterushöhle zu erzielen. Es handelte sich um eine Frau, bei der nach Craniotomie am 3. Tage das Fieber bis 42° C. stieg. Trotz Uterusausspülungen, bei denen jauchige Massen entfernt wurden, sank die Temperatur nur wenig und der Zustand der Pat. wurde immer hoffnungsloser. F. tamponirte nun aus dem oben angegebenen Grunde die Scheide lose mit Gaze, welche in eine Formalinlösung von 4:180 getaucht war. Der Tampon blieb 12

Stunden liegen, er verursachte nur einen leichten brennenden Schmerz. Das Fieber sank und die Symptome der puerperalen Endometritis gingen zurück. (La Presse méd. 1899, No. 51. Ref. in Centralbl. für Gynäkol. 1900, No. 19.)

— *Ichthyolcollodium gegen Gefässmäler der Säuglinge* wird von U n n a empfohlen. Man muss unterscheiden zwischen den mehr oder weniger rasch sich vergrössernden, aus arteriellen, knäuelartig verflochtenen Capillaren aufgebauten, glomeruliformen Angiomen und den ganz inactiven, rein venösen Gefässmälern, auch Feuermäler genannt. Combinationen derselben kommen vor, aber nur selten; ihre Trennung ist auch klinisch eben so scharf wie histologisch. Jene sind dunkle, violette oder blaue, scharf umschriebene, compressible Geschwülste, diese helle, weinrothe, nicht erhabene, unregelmässig conturirte Flecke. So wenig die blaue Farbe dort für einen venösen, so wenig spricht die hellrothe Farbe hier für arteriellen Character; thatsächlich ist es gerade umgekehrt.

Die verschiedene Natur der Gefässmäler erfordert auch eine verschieden anzuwendende Therapie. Die Angiome im eigentlichen Wortsinne erfordern die Zerstörung durch Granulations- und Narbenbildung, die am zweckmässigsten auf unblutigem Wege durch multiple Stichelung mit dem schwach rothglühenden Spitzbrenner geschieht. Aber auch die einfache, langdauernde Compression führt in vielen Fällen zum Ziel, insbesonders wo das Wachsthum ein langsames, wo die Geschwulst über Knochen localisirt ist, wie beispielsweise am Schädel und wo sie schon spontanerweise Zeichen interstitieller Fibrom- und Narbenbildung in Form einer leichten, centralen, weisslichen Delle zeigt. In diesen Fällen wird die Compression am besten bewirkt durch einfache Aufpinselung von Ichthyolcollodium.

Ichthyol. 1.
Collodii. 9.
M. Pinsel im Kork!

Man bepinselt die Geschwulst einfach täglich 2—3 Mal mit dieser Flüssigkeit, bis sich nach mehreren Tagen eine dicke, braunschwarze Kruste gebildet hat, die man der spontanen Abhebung, unterstützt durch die am Rande arbeitende, Lanugohärchen durchtrennende, krumme Scheere überlässt. Ist diese stark und die Haut ohne jede Schädigung comprimirende Decke abgenommen, so beginnt der Cyclus der Einpinselung von Neuem. Jedesmal zeigt sich das Angiom flacher und heller. Nach anscheinendem Schwund muss die Aufpinselung von Ichthyolocollodium noch lange fortgesetzt werden, um Recidive zu verhüten. Da Ichthyolocollodium zugleich auch ein gutes Wundheilungsmittel ist, kann man seine Application auch mit dem Cauterium actuale verbinden, indem vor der ersten Aufpinselung jedes Mal eine Stichelung vorgenommen wird.

Bei den Feuermälern liegen die Verhältnisse anders. Hier versagt diese einfache Therapie bei älteren Kindern und Erwach-

senen angewandt im Allgemeinen vollkommen, während sie wiederum bei den Feuermälern der Säuglinge wirkungsvoll ist, eine Thatsache, die bis jetzt nur wenig bekannt geworden ist. Der Erfolg der Therapie nimmt mit dem Alter stetig ab und ist am grössten gleich nach der Geburt. Es ist deshalb ein Fehler, diesen beim Erwachsenen so intractabelen Schönheitsfehler bis in die Pubertät hinein sich selbst zu überlassen. (Monatsh. für pract. Dermatol. Bd. XXX, No. 5.)

— Frieser in Wien veröffentlichte (Wiener Aerztl. Central-Ztg., 1900, No. 13) soeben seine Beobachtungen bei der Behandlung der Pneumonie und acuten Bronchitis mit *Creosotal*. Er verordnete dasselbe gewöhnlich in Emulsion 8—10 g für 24 Stunden bei Erwachsenen, bei Kindern so viel Gramm annähernd als das Kind Jahre, bei Kindern unter einem Jahre so viel Decigramm, bis zu 1 g, als das Kind Monate zählt und lässt hier von der Emulsion 1 bis 2 Theelöffel im Tage in etwas gezuckerter warmer Milch oder mit Zusatz von Syr. Cort. aurant. nehmen. Erwachsenen kann man als erste Einzelndosis 1,5 bis 2 g auf einmal geben und diese Gabe zwei- bis dreimal täglich wiederholen. Das Präparat wurde in der Mehrzahl der Fälle anstandslos genommen und recht gut vertragen. Der Appetit stieg zumeist in überraschender Weise und der Stuhlgang war in erfreulicher Weise geregelt. In einigen Fällen war die Heilung des Lungenprocesses so erstaunend rasch vor sich gegangen, dass man nicht mit Unrecht von einer Abortivbehandlung sprechen konnte. Die Temperatur war rasch zur Norm gesunken, der Allgemeinzustand auffallend gebessert, die Zunge hatte sich gereinigt, wurde bald feucht und der normale Appetit kehrte in kürzester Zeit wieder.

F. hat das Creosotal bisher in neun Fällen von Pneumonie und fünfmal bei acuter Bronchitis in Anwendung gebracht und dadurch den bestimmten Eindruck gewonnen, dass das Creosotal auf acute entzündliche Affectionen der Lungen und Bronchien einen überaus günstigen Einfluss ausübt, wobei nach seiner Ansicht eine directe Einwirkung des Arzneimittels auf den specifischen Erreger der Lungenentzündung, den Diplococcus pneumoniae, nicht von der Hand zu weisen ist. F. fasst am Schlusse seiner Arbeit seine Erfahrungen über die Wirkung und Eigenschaften des Creosotals in folgende Sätze zusammen: 1. Das Creosotal ist zur Zeit das beste und verwendbarste Creosotpräparat, welches uns in die Lage versetzt, dem Körper ohne jegliche Benachtheiligung grössere Quantitäten Creosot einzuverleiben. 2. Das Creosotal wirkt auf den Krankheitsprocess der Pneumonie, sowie auch bei acuter Bronchitis sicher und verlässlich und scheint die Wirkung eine directe zu sein. 3. Als hauptsächlicher Heilfactor kommen die antiseptischen und vielleicht auch antibacteriellen Eigenschaften des im Präparate enthaltenen Creosot in Betracht. 4. Das Creosotal wird zumeist gut vertragen und verursacht keinerlei störende Nebenwirkungen,

wie dies beim reinen Creosot fast immer der Fall ist. 5. Es wirkt sehr günstig auf die Verdauung, regt den Appetit an, bessert den Kräftezustand und das Allgemeinbefinden.

— Im Journal de Médecine de Paris ist folgende Salbe zur Behandlung der *Alopecia areata* empfohlen:

Rp.	Hydrarg. suf.	5,0
	Sulf. sublim.	4.0
	Ol. cadin.	15,0
	Vaselin.	30,0

M. f. ungt. D. S. Abends auf die kahlen Stellen zu streichen.

Kleine Mittheilungen.

— Der italienischen Kammer wird demnächst eine Vorlage betreffend das Verbot der Praxis fremder Aerzte zugehen; von der Commission ist der Entwurf bereits angenommen. Er verbietet den fremden Aerzten die Ausübung ihres Berufes in Italien schlechthin, mit der Ausnahme, dass nur ihre Landsleute von ihnen behandelt werden dürfen, oder dass sie im ausschliesslichen Dienst einer Person oder Familie stehen, oder ferner als Specialisten für einen besonderen Fall nach Italien berufen worden sind. Das Gesetz, an dessen Annahme nicht zu zweifeln ist, bezweckt nichts anderes, als den italienischen Aerzten unbequeme Concurrenten vom Halse zu schaffen. Namentlich viele deutsche Aerzte werden von der Maassregel hart getroffen, denn es bleibt ihnen nichts anderes übrig, als ihr Examen noch vor einem italienischen Collegium, also vor eben den Concurrenten zu machen, die die Maassregel beantragt haben. Das Ministerium kann allerdings fremde Diplome, wie Titel etc. bestätigen, dürfte aber nicht immer dazu geneigt sein, besonders, weil ein in dieser Hinsicht besonders willfähriger Minister sich auf heftige Angriffe gefasst machen müsste. Durch die geplante Neuerung, die bald Gesetzeskraft erhalten dürfte, wird daher eine nicht geringe Zahl von Ausländern, die seit geraumer Zeit in Italien leben und sich eine Existenz geschaffen zu haben glaubten, überaus hart getroffen. (Münchener Med. Wochenschr. 1900, No. 13.)

— Hochschulnachrichten. Pensionirung des Professors Schenk. Das Unterrichtsministerium hat dem Ansuchen des Vorstandes des embryologischen Institutes der Wiener Universität, Professor Dr. Leopold Schenk, betreffend dessen Versetzung in den bleibenden Ruhestand stattgegeben. Die Pensionirung desselben erfolgte mit 1. Mai ds. Jahres. Mit der interimistischen Leitung des bezeichneten Institutes wurde Professor Dr. Joseph Schaffer, ein Schüler des Histologen

Hofrathes Professor Dr. Ritter v. Ebner, betraut. (Allgem. Wiener med. Zeitung, 1900, No. 18.)

Berlin. Prof. Dr. Max Wolff, der Leiter der hiesigen Universitäts-Poliklinik für Lungenkrankheiten, ist zum Geheimen Medicinalrath ernannt worden. Mit dem Eintritt des Geh. Medicinalraths Prof. Dr. v. Michel an Stelle von Schweigger hat in der Klinik und Poliklinik für Augenkrankheiten ein Personalwechsel stattgefunden. Die bisherigen klinischen Assistenten Dr. Dütschke und Dr. Neumann, sowie der poliklinische Assistent Dr. Schultz sind ausgeschieden und neben dem neuen Director wirken jetzt als poliklinischer Assistent Dr. Helbronn und als klinischer Dr. Hethey.

Alle Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen, Manuscripte und Anfragen bezüglich des Inhalts sind zu richten an: Dr. A. Ripperger, 126 East 122d Street, New York City.

Schieffelin's Medicated Soaps

are made from pure, neutral, white soap, and contain no sugar, starch, silicate or filling material, and no coloring or pigment is added.

We guarantee that the percentage of medicament has been added as per label, and that the soap is thoroughly mixed. A descriptive pamphlet mailed to applicants.

Schieffelin & Co., New York.

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago und Cleveland.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XII. New York, Juli 1900. No. 7.

ORIGINALARBEITEN.

Die Bedeutung und Behandlung der Kniescheibenbrüche in moderner Beleuchtung.

Von Carl Beck, New York.

Seitdem der ewig leuchtende Genius Listers der Naht des Kniescheibenbruchs das Bürgerrecht erstritten hat, ist eine völlige Einigung in der Indicationsstellung zur blutigen Vereinigung noch nicht erzielt worden. Wie in der Appendicitsfrage begegnet man neben dem Enthusiasten für frühzeitigen activen Eingriff dem vorsichtigen Cunctator, welcher einer mehr expectativen Behandlung das Wort redet, und zwar findet derselbe eine beredte Stütze seiner zögernden Haltung einerseits in den Berichten unglücklich verlaufener Osteorraphieen, und andererseits in den vereinzelten günstigen Resultaten, welche die strict conservative Behandlung aufzuweisen hat. Eine entschiedene Stellungnahme in dieser wichtigen Frage ist keineswegs leicht. Versuchen wir an der Hand anatomischer Betrachtungen der Indicationsstellung näher zu treten.

Die Kniescheibe, von Bertin nicht mit Unrecht im Hinblick auf ihr Verhältniss zur Strecksehne des Unterschenkels als ein wahres Sesambein erklärt, findet ihr Analogon im Olecranon der Ulna, und könnte thatsächlich ein freigewordenes Olecranon genannt werden. Beim Strecken und Beugen des Unterschenkels in dem Einschnitt zwischen den beiden Femoralcondylen auf und niedergleitend dankt es seine Grösse und Mächtigkeit der Entwickelung der Unterschenkelstrecker und ist demgemäss beim zarten Geschlecht kleiner als beim Genus masculinum. Dem fersengewaltigen Ajax Telamonius schreibt Pausanias

schmeichelnder Weise sogar eine handgrosse Kniescheibe zu. Die hierdurch angedeuteten Sonderheiten dieses Knochens machen es von vornherein verständlich, dass seine Traumen, besonders die Fracturen, ebenfalls eine Sonderstellung beanspruchen. Wie bekannt, repräsentiren die Kniescheibenbrüche das nicht unansehnliche Verhältniss von 2% aller Fracturen und lassen dem männlichen Geschlecht in der Frequenzfrage den Vorrang. Bei Kindern werden Kniescheibenbrüche niemals, und jenseits der Fünfzibger höchst selten beobachtet. Das bevorzugte Alter ist das dreissigste Lebensjahr. Die von mir beobachteten Fälle betrafen fast ausnahmslos fette Personen.

Der Kniescheibenbruch kann sowohl durch directe als durch indirecte Gewalteinwirkung entstehen. Gewöhnlich sind bei directer Gewalteinwirkung, wie z. B. bei einem Schlag auf die Vorderfläche des Knochens, Fall auf das Knie, Hufschlag, Steinwurf, Schuss, die in unmittelbarer Nachbarschaft befindlichen Gewebe intensiver in Mitleidenschaft gezogen als die Kniescheibe selbst. Die Bruchlinie mag dann quer, schief oder longitudinal sein, und der Bruchcharacter complicirt oder comminutiv.

Indirecte Gewaltwirkung durch Muskelzug bringt stets eine Querfractur hervor. Die Contraction des Quadriceps fixirt dann die Kniescheibe, während äusserste Beugung im Knie stattfindet. Wenn also z. B. der Patient einen Fehltritt thut und dabei mit äusserster Anstrengung gegen das Umfallen ankämpft, kann es passiren, dass der Quadriceps durch Reflex plötzlich fixirt und das Knie dann in äusserste Beugungsstellung forcirt wird.

Der präpatellare Schleimbeutel wird dann stets entweder durch starke Quetschung oder durch Einreissen seiner hinteren Wand stark verletzt.

Die Zeichen eines Kniescheibenbruchs bestehen zunächst in der Diastase der Fragmente in der Weise, dass das obere durch die Action des Quadriceps nach oben gezogen wird. Die hierdurch geschaffene Rinne ist dann manchmal zwei bis drei Querfinger breit.

Im Hinblick auf die Thatsache, dass die hintere Kniescheibenfläche einen Theil des Kniegelenks bildet, ist es wohl verständlich, dass stets ein mehr oder minder grosser Erguss in das Gelenkinnere stattfindet.

Im Allgemeinen gewinnt man aus dem Studium der chirurgischen Lehrbücher den Eindruck als ob nach einem Kniescheibenbruch die Functionsstörung nicht sehr bedeutend wäre, so

lange der Betroffene sich in aufrechter Stellung befände, dass er aber unfehlbar zusammenbräche, sobald er einen Gehversuch mache. Ich habe jedoch zu meinem Erstaunen Patienten gesehen, welche trotz bedeutender Diastase der gebrochenen Fragmente weite Entfernungen zurücklegten, ohne augenscheinlich zu leiden. Die forensische Bedeutung solcher Möglichkeiten bedarf wohl keines weiteren Commentars.

Eines der Hauptsysmptome der Knochenbrüche, die Crepitation, ist nur kurz nach erfolgtem Bruch zu constatiren, später füllen sich die interfragmentären Zwischenräume mit Blutgerinnseln und verhindern sein Zustandekommen. Man wird die Crepitation auch dann vermissen, wenn der periostale Ueberzug der Kniescheibe intact geblieben ist. In diesem Fall würde auch auf Displacirung nicht zu rechnen sein. Aehnliche Erwägungen würden sich beim Abbrechen einer ganz kleinen Portion der Kniescheibe aufdrängen.

Wenn es sich um eine bedeutende Extravasation handelt, wenn namentlich auch die präpatellaren Schleimbeutel prall angefüllt sind, ist es wohl begreiflich, dass man die Fragmente gar nicht durch zu palpiren vermag, in Folge dessen eine Verwechslung mit einer einfachen Contusion sehr nahe liegt.

Die klinische Beobachtung lehrt, dass bei longitudinalen und auch bei comminutiven Fracturen, wo also keine Muskelcontraction eintritt und somit auch keine Diastase zu Stande kommt, die Vereinigung der Fragmente stets knöchernen Characters ist. Dagegen tritt bei den ungenähten Querfracturen der Kniescheibe sobald Klaffung vorhanden ist, eine knöcherne Vereinigung niemals ein, der Spalt zwischen den Fragmenten wird vielmehr durch fibröses Gewebe im Lauf der Zeit aufgefüllt. Wenn man sich die Diastase der Fragmente ordentlich vor Augen führt, so darf diese wohl bewiesne Thatsache einen auch nicht Wunder nehmen. Dass die Functionsstörung des Kniegelenks dann bedeutend, die Streckung illusorisch und die Beugung beeinträchtigt wird, und zu guter lezt bedeutende Atrophie des Unterschenkelmuskulatur eintritt, ist nur zu selbstverständlich. In den meisten Fällen bildet sich sogar ein mehr oder minder hoher Grad von Valgusstellung aus.

Wenn nun eine mit Glücksgütern gesegnete Person die Kniescheibe gebrochen hat, so sind solche Functionsstörungen unter dem Schutz eines Knieprotectors zur Noth zu ertragen, wenn aber dieses Unglück einem armen Arbeiter zustösst, so macht es ihn womöglich zum Bettler.

Aus allen diesen Betrachtungen ergiebt es sich wohl von selbst, dass bei der Behandlung longitudinaler oder partieller Fracturen die Reposition keinerlei Schwierigkeiten verursacht und eine Feststellung in einer passenden Schiene oder im Gipsverband zur Nachbehandlung völlig genügt. Wenn freilich grosse Exsudatmengen vorhanden sind, so ist an eine passende Reduction der Fragmente vor Entfernung derselben nicht zu denken. Um diese, als Fremdkörper figurirenden Massen mechanisch zu entfernen, besitzen wir in der Massage ein ausgezeichnetes Mittel, vorausgesetzt, dass dieselbe in mässigem Grade vorhanden ist. Handelt es sich jedoch um ein grosses Exsudat, so muss man zur Punction schreiten, welche man nützlicher Weise mit einer heissen Salzwasserspülung verbinden kann. Die Punction wird zu diesem Zweck noch viel zu wenig geübt. Vielleicht ist es die Furcht vor der Infection, welche immer noch davon abhält, und wer sich nicht die Fähigkeit zutraut, eine Punctur aseptisch in des Wortes vollster Bedeutung vorzunehmen, thut allerdings weise daran, ganz auf sie zu verzichten.

Eine Punctur beansprucht die Dignität einer chirurgischen Operation und muss demgemäss von einer absolut chirurgischen Perspective aus betrachtet werden. Mit anderen Worten: Einer Punctur müssen dieselben aseptischen Cautelen vorausgeschickt werden, nämlich Sterilisirung der Punctirinstrumente (Trocar oder Aspirationsnadel), der Hände des Chirurgen und der resp. Körperregion.

Was den ersten Punct, den Punctionsapparat betrifft, so dürfen wir uns wohl rühmen, dass wir das Ideal der Asepsis thatsächlich erreicht haben, denn was immer sich kochen lässt, kann absolut steril gemacht werden. Und Gelegenheit zum Kochen findet sich überall. Die Entschuldigung eines Chirurgen, dass man wegen der armseligen Umgebung eines Patienten die Asepsis nicht hätte durchführen können, erweist sich heutzutage nicht mehr als stichhaltig. Wasser, Feuer und Kochtopf lassen sich in dem elendesten Wigwam des Hinterwaldes auftreiben, so dass man ein Punctirinstrument sicherlich dort auch sterilisiren kann. Seitdem man Aspirationsspritzen construirt hat, welche ohne beschädigt zu werden, sich in einer Sodalösung auskochen lassen, rangiren dieselben wie jedes andere chirurgische Instrument. Hiervon auszunehmen sind die sogenannten P r a v a z'schen Spritzen, die im Allgemeinen das Ausgekochtwerden nicht vertragen und ihres dünnen Kalibers wegen für das

Aufziehen dicker Flüssigkeiten sich überhaupt nicht eignen. Man bedenke auch wie leicht die dünnen Nadeln solcher gracilen Instrumente abbrechen, namentlich wenn sie in tiefes und noch dazu resistentes Gewebe gestossen werden müssen.

Soweit nun die Hände des Chirurgen und die zu punctirende Körperregion in Frage kommen, erscheinen die technischen Schwierigkeiten der Sterilisation schon viel bedeutender. Der tückische und noch viel zu wenig gewürdigte Feind rigoroser Asepsis, genannt intracutanes Bacterium, kommt bei der Punctur ganz besonders in Frage. Es ist mehr als natürlich, dass wenn man die Haut mit einer Nadel durchsetzt, die an der perforirten Stelle ansässigen Hautbacterien der Follikel etc. mitgerissen werden und damit nicht zu unterschätzende Infectionsträger werden. Wir besitzen weder chemische noch mechanische Hilfsmittel, welche im Stande sind, diese intracutanen Bacterien mit Sicherheit zu zerstören. Immerhin können wir ein gut Theil dazu beitragen, die Gefahr dieser Infectionsquelle auf ein Minimum zu reduciren. Glücklicherweise besitzen wir in der Jodtinctur ein ausgezeichnetes, mit einer gewissen Fernwirkung begabtes Antisepticum, welches in die Follikel hineindringt. Zwar werden, wie sich aus meinen Experimenten ergab, beim Gebrauch der Jodtinctur nicht alle intracutanen Bacterien der resp. Körperregion getödtet, was die Entwickelung von Culturen auf künstlichem Nährboden bewies. Auf einem ungünstigen Nährboden jedoch entwickelten sich keine Culturen, woraus der Schluss gerechtfertigt erscheint, dass die nicht getödteten Bacterien durch den Einfluss der Jodtinctur wenigstens in ihrer Entwickelung gehemmt werden. Und das genügt im Allgemeinen für die Praxis vollkommen. Wenn nun die Hände des Chirurgen nebst der resp. Körperregion nach allgemein giltigen Grundsätzen sterilisirt worden sind (gründliche Abseifung, Alcoholreibung und Abspülen mit Sublimat), so ist nicht anzunehmen, dass ein sterilisirtes Instrument in sterilisirter Hand Bacterien in das Gelenk mit hineinträgt.

Es ist übrigens anzurather, nicht blos die resp. Körperregion vor jedem Einstich mit Jodtinctur zu betupfen, sondern einen Jodtincturstrich vor jeder chirurgischen Operation der Hautstelle entlang zu pinseln, welche für die Incision ausgewählt ist. Natürlich geschieht dies erst nachdem die üblichen mechanischen Reinigungsproceduren beendigt sind.

Wenn nun bei einer transversalen Fractur wenig oder gar

keine Diastase vorhanden ist, so kann man nach Entleerung des Exsudates einen Gipsverband in Hyperextensionsstellung anlegen. Es empfiehlt sich zugleich den Schenkel im Hüftgelenk zu beugen, da hierdurch die Endpuncte des Rectus femoris nahe an einander rücken, wobei der Muskel etwas erschlafft. Der Patient sitzt am besten während des Anlegens des Verbandes aufrecht im Bett. Der Modus operandi des Verbindens besteht darin, dass man das obere Fragment fest umfasst und mit den Fingern eines verlässlichen Assistenten kräftig nach unten drücken lässt. Die Bindentouren werden um den hinabdrückenden Finger herum geführt, so dass sich eine Art Schutzwall um die Fingereindrücke herum bildet, welche dann die Fragmente sozusagen einmauert, nachdem der Gips trocken geworden. Wenn sich der Patient sehr ruhig verhält, so mögen hierdurch die Fragmente in situ gehalten werden. Nach zwei Wochen beginnt man dann mit energischer Massagebehandlung.

Sobald jedoch eine nennenswerthe Diastase der Fragmente nachweisbar ist, muss die Knochennaht auf das Allerdringendste angerathen werden, um so mehr, als dieser einfache Eingriff in den Händen eines aseptisch geschulten Chirurgen jeder Gefahr entbehrt. Was auch immer jemals zum Trutz dieser Operation gesagt worden ist, gilt mehr dem chirurgischen Novizen, welcher die Asepsis noch nicht bemeistert, als der aseptischen Chirurgie selbst. Bedenkt man, dass ohne Knochennaht die Knochenvereinigung der Knochenfragmente bestenfalls fibrösen Characters ist, und dass im Laufe der Zeit die ursprünglich fibrösen Verbindungsstränge durch die Streckung des vierköpfigen Beinmuskels weiter gedehnt werden, so dass active Extension des Kniegelenks unmöglich wird, dass mit anderen Worten, der Patient sein Lebtag ein Krüppel bleibt, so wird man sich für wohl berechtigt halten müssen, den Patienten dem Risico der Operation auszusetzen, denn nur diese verspricht unter allen Umständen eine Restiutio ad integrum. Ohne Freilegung der Fragmente kann man nun ein Mal die Fragmente weder adaptiren, noch intervenirende Weichtheile aus dem Wege schaffen.

Umständliche Proceduren, als da sind das Bohren von Löchern in die Fragmente u. dgl. müssen allerdings unbedingt in den Bann gethan werden, denn das einfache Herumführen einer mit Silberdraht armirten Nadel entspricht dem Zweck der Zusammenhang völlig. Ich bediene mich zu diesem Zweck einer leicht gekrümmten, langen Nadel, in deren rundliches Ende ein starker Silberdraht (ungefähr drei Mal so dick, als der gewöhn-

liche, käufliche) eingeschraubt werden kann. Denn um die nöthige Festigkeit zu verbürgen, muss die Dimension des Drahtes derart sein, dass die Einfädelung durch eine gewöhnliche Nadel unmöglich wäre. Ein derartiger Silberdraht, in Hyperextension angelegt, hält selbst bei bedeutender Diastase die Fragmente so

gut zusammen, dass das Einschneiden der Quadricepssehnen oder gar das Abmeiseln der Tuberositas tibiae entbehrlich wird.

Man sticht die Nadel am besten am oberen Fragmentende in die Quadricepssehne ein — also oberhalb des Kniescheibenrandes und durch das Ligamentum patellae hindurch am unteren Ende des unteren Fragmentes heraus. Anstatt wie ursprünglich von V o l k m a n n angegeben, die Drahtenden über einen Gazebausch aussen zu vereinigen, ziehe ich vor, dieselben über der Mitte der Fracturlinie zusammenzudrehen und die lang abgeschnittenen Drahtenden zwischen der Hautnahtlinie hervorragen zu lassen. Hautdecubitus ist auf diese Art sicher zu vermeiden und bei aseptischer Technik hat diese Modification keine Reizungserscheinungen im Gefolge. Grosses Gewicht muss auf eine genügende Dicke des Silberdrahts gelegt werden, denn der gewöhnliche, käufliche Silberdraht reisst bei früher Streckung des Quadriceps leicht durch und die Fragmente weichen dann wieder auseinander, so dass der ganze Eingriff umsonst war. Schon aus diesem Grunde sind alle Nahtmethoden, welche bloss die Weichtheile (Periostnaht, etc.) in's Auge fassen, durchaus zu verwerfen. Ich habe es mir zur Gewohnheit gemacht, bei allen Drahtsuturen die Enden drei Mal nach rechts um ihre Axen zu drehen, da ich dann weiss, dass ich bei der Entfernung sie wieder drei Mal nach links zurückzudrehen habe. Ignorirt man ein derartiges Princip, so lässt einen das Gedächtniss im Stich und man irrt sich in seiner Schätzung beim Rückwärtsdrehen.

Die Hautincision sollte eine semilunare Form haben und sich gerade über der Insertion des Ligamentum patellae von einem Epicondylus zum anderen erstrecken. Hierdurch wird ein convexer Lappen geformt, den man nach rückwärts abpräpariren und umschlagen kann. Hierdurch gelingt es nicht blos, die

Bruchregion ausgedehnt freizulegen, sondern auch zugleich das im Gelenkinneren befindliche Blutextravasat zu erreichen. Stets halte man sich das eiserne Princip vor: „Hände weg vom Gelenk!"

Zum Trost derjenigen Collegen, welche dem aseptischen Zu-

Fig. 2. – Querfractur der Kniescheibeknochen verheilt, aber die Fracturlinie noch deutlich zeigend, drei Monate nach der Verletzung. Die concave Adaptionsfläche der Kniescheibe zeigt sich völlig intact.

stand ihrer eigenen Hände nicht recht trauen, sei es gesagt, dass man das Operationsfeld durchaus nicht mit den Fingern zu berühren braucht. Die Nadel kann mittelst eines Nadelhalters durchgeführt und das Herumwinden der Drahtenden besorgt

eine Zange gerade so gut. Die Blutklumpen kann ein kräftiger Irrigationsstrahl von heisser Kochsalzlösung herausbefördern.

Wenn man die Hautnaht, welche mittelst gekochten Formalincatguts ausgeführt werden sollte, vollendet hat, legt man einen einfachen Wundverband an, den man entweder durch eine starke Moosschiene unterstützt, oder durch einen gefensterten Gipsverband. Durch das Fenster kann man dann den Draht nach vier bis fünf Wochen entfernen. Man immobilisirt dann noch eine Woche länger und lässt dann den Patienten in einem leichten Schutzverband herumgehen.

Die Operation kann sowohl direct nach dem Unfall als auch einige Tage nachher unternommen werden. Wenn copiöse Extravasation stattgefunden hatte, so ist das letztere vorzuziehen.

Im Hinblick auf die Einfachheit und Sicherheit dieser Operation ist es verwunderlich, dass die M a l g a i g n e'schen Haken, welche einen mit Gruseln in die Nürnberger Folterkammern versetzen, immer noch in den Lehrbüchern spuken.

Wo immer nach nicht operativer Behandlung Atrophie des Quadriceps eintritt, wie es so häufig geschieht, soll man lange Zeit von Electricität und Massage Gebrauch machen.

Geschichtlicher Ueberblick über die in den letzten 50 Jahren gemachten Versuche, die Gefahren der Star-Extraction zu vermindern.*)

Von Dr. H. Ruschhaupt, Chicago

Die letzte Hälfte dieses Jahrhunderts wurde in 1851 sehr verheissungsvoll eröffnet durch H e l m h o l t z's Erfindung des Augenspiegels. Demselben grossen Manne verdanken wir auch die Einführung der focalen Beleuchtung in die Augenpraxis. Beide Untersuchungsmethoden haben sich als sehr werthvoll erwiesen sowohl für die Diagnose beginnender, als auch für die ausgebildeter Trübungen der Linse. Wir sind hierdurch in den Stand gesetzt, uns ein richtiges Urtheil über die mehr oder weniger vorgeschrittene Reife des Stars, über die Grösse des Kerns und über die Consistenz der Rindensubstanz zu bilden. Die Grösse der Stare können wir nicht direct messen. Da wir aber die Grösse des Kerns ziemlich genau abschätzen und feststellen können, ob die Sclerosirung der Linsenfasern sich beinahe bis an die

*) Vortrag, gehalten am 10. Mai 1900 in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft von Chicago.

Capsel erstreckt, was der Fall ist bei den dunkeln Staren (cataracta nigra), so lehrt uns doch die Untersuchung, wenn wir es mit abnorm grossen Staren zu thun haben. Die unendlich überwiegende Mehrheit der Stare misst im Breitendurchmesser höchstens 8 bis 8½ und im Dickendurchmesser höchstens 4 mm. Die dunklen Stare können aber eine Breite von 9 und eine Dicke von 4½ mm haben. Noch grössere Stare, selbst bis zu einem transversalen Durchmesser von 10 mm können vorkommen, sind aber äusserst sellten.

Die topographischen Verhältnisse des hier in Betracht kommenden vorderen Augenabschnittes sind in Kürze folgende: Die Hornhaut hat an ihrem Scheitel eine Dicke von 0,9 und an ihrer Peripherie eine solche von 1 bis 1,1 mm. Die Entfernung vom Hornhaut- bis zum Linsenscheitel beträgt 3,6 mm. Die Hornhaut endet, verwachsen mit der Sclera, die sie nach aussen umsäumt, ungefähr $^5/_4$ mm vor dem Ansatz der Iris an den Ciliarkörper. Sie bildet hier eine vollkommene kreisförmige Linie von durchschnittlich 12 mm Durchmesser. Die durch diese kreisförmige Linie gelegte Ebene nennen wir die Hornhautbasis. Nach aussen ist die Hornhaut von Conjunctiva und scleralem Gewebe umsäumt. Nach innen und aussen im horizontalen Meridian erreicht diese Umsäumung eine Breite von ½, im vertikalen oben eine solche von etwa ¾ und unten von etwas mehr als ½ mm. Wenn wir demnach im horizontalen Meridian im Scleralsaume einen halben Millimeter von der Hornhautgrenze ein Messer ein- und ausstossen, so erhalten wir eine äussere Schnittlänge von 12 und in der D e s c e m e t'schen Membran eine Oeffnung von 10 mm. Länge. Da wir den Radius der Hornhautbasis kennen, so können wir leicht die Länge von in der Hornhautbasis gemachten Schnitten in verschiedenen Abständen von dem horizontalen Durchmesser der Hornhautbasis berechnen. Diese Schnittlänge beträgt bei einem Abstand von 1 mm 11,8, von 2 mm 11,3, von 3 mm 10,9 mm u. s. w. Die durchsichtige Hornhaut misst durchschnitlich im horizontalen Durchmesser 11 mm, im vertikalen 10,5. Kennen wir nun annähernd die Breite eines Stars, so sind wir in den Stand gesetzt, die Schnittlänge entsprechend gross zu machen. Als Regel muss es gelten, dass die Oeffnung in der Descemet'schen Membran von 1 bis 1½ mm grösser sein soll als der Breitendurchschnitt der cataract. Absolut nöthig ist dies bei allen linearen Schnitten.

Das Jahr 1850 fand vor als ausschliesslich geübte Extractionsmethode die von D a v i e l 1745 erfundene Methode des Lappen-

schnittes. Die Operation wurde mit dem von Beer in die Praxis eingeführten keilförmigen Messer gemacht. Das Messer wurde im horizontalen Meridian knapp an der Hornhautgrenze ein und ausgestossen und wurde, parallel zur Iris gehalten, nach innen in die Kammer vorgeschoben. Es war mit diesem Messer möglich, den Abfluss des Kammerwassers beinahe bis zum Moment der Vollendung des Schnittes zu verhindern. Das Verfahren kann leicht allen verschiedenen Stargrössen angepasst werden. Schnittlängen von 10 bis 12, und Lappenhöhen von 4 bis 5½ mm genügen allen möglichen Anforderungen. Für die grössten Stare muss aber dann der Schnitt schon in den Scleralsaum verlegt werden und ist damit die Erhaltung einer kleinen, runden, ganz central gelegenen Pupille, die den Hauptvorzug der Davie l'schen Methode ausmacht, meistens unmöglich gemacht. Beer und Arlt machten den Schnitt so, dass der Scheitel der Descemet'schen Haut etwa 2 mm centraler lag als der tiefste, resp. der höchste Punkt der Hornhaut. In dieser Weise war die Iris ziemlich sicher vor Verfall geschützt.

Die Resultate dieser Methode waren in ungefähr 50 Procent der Fälle ganz ausgezeichnete, aber 10 bis 11 Procent der operirten Augen gingen an Hornhautvereiterung mit oder ohne Panophthalmitis, an eitriger Iritis und Iridokyklitis zu Grunde. Wundsprengung kam häufig vor und hatte oft die schlimmsten Folgen. In vielen Fällen, in denen die Form des Bulbus erhalten blieb, war das Sehvermögen durch Einheilen der Pupille in die Wunde, durch Pupillarverschluss, durch starre Exsudatschwarten, die mit Iris und Kapsel untrennbar verschmolzen waren, aufgehoben. Ein solcher Ausgang ereignete sich in ungefähr 10 Procent der operirten Augen. Wir haben demnach schon 20 bis 21 Procent unglückliche Fälle. Es bleiben dann noch 29 bis 30 Procent, in denen das Sehvermögen mehr oder weniger unbefriedigend war. In vielen dieser Fälle konnte aber durch Discisionen, Iridectomien und andere Nachoperationen noch ein befriedigendes Resultat erreicht werden. Die befriedigenden Resultate schwankten etwa zwischen 70 bis 80 Procent.

Graefe, der seine Praxis Anfang der 50er Jahre begann, suchte dadurch bessere Resultate zu erhalten, dass er in allen Fällen, in denen der Operationsverlauf ein gestörter war, namentlich bei ungenügender Grösse des Schnittes, bei zu enger Pupille, nicht ausreichender Eröffnung der Capsel, bei schwerer Entkapselung, bei schlechtem Wundschlusse, die Extraction mit der Iridectomie verband. Bisweilen machte er auch die Iridectomie

einige Zeit vor der Extraction. Das Alles machte die Erfolge nur wenig besser. In 1861 veröffentlichte M o o r e n seine Methode. Er machte 2 bis 3 Wochen vor der Extraction eine Iridectomie, weil er glaubte, dass die Hauptgefahren der Extraction verursacht wurden durch Iritis, die eine Folge der Aufquellung der im Auge zurückgebliebenen Corticalmassen wäre. Die Iridectomie sollte nun eine bessere Entfernung der Corticalmassen möglich machen und sollte gleichzeitig, wenn noch Linsenreste zurückblieben, der sich dann doch noch entwickelnden Entzündung einen milderen Character geben. Der Erfolg gab ihm insofern Recht, als die Zahl der Hornhautvereiterungen um etwas geringer wurde. Ich war persönlich Zeuge von vielen sehr glücklichen Erfolgen M o o r e n's und habe seine Methode in vielen Fällen mit Glück zur Anwendung gebracht. Aber hin und wieder wurde die Erfahrung gemacht, dass die Operation, welche die Gefahren der Hornhautvereiterung vermindern sollte, für sich allein ausreichend war, diese Vereiterung herbeizuführen. Auch leichte Iritiden kommen vor, die zur Verlöthung der Sphincterecken mit der Linsencapsel führten und die Aussichten für den Erfolg der später zu machenden Extraction sehr trübten. Wenn dennoch auch die M o o r e n'sche Methode schon längst, auch von ihrem Urheber, aufgegeben ist, so hat doch die von M o o r e n in die ophthalmologische Praxis eingeführte präparatorische Iridectomie sich in derselben fest eingebürgert und kommt häufig in dafür passenden Fällen zur Verwendung.

Die nächste Aenderung des operativen Verfahrens veröffentlichte J a c o b s o n in 1863. Von der Ansicht ausgehend, dass Wunden im Scleralsaume besser heilen, als Wunden in der durchsichtigen Hornhaut, und weil er glaubte, dass es vor Allem darauf ankäme, die Schnitte sowohl in Länge als auch in Höhe möglichst geräumig zu machen, um selbst den grössten Staren leichten Austritt aus dem Auge ohne gefährliche Insultirung des Lappens zu gestatten, verlegte er den Lappenschnitt in den Scleralsaum. Er begann den Schnitt im horizontalen Meridian und bildete nach unten einen etwa 5½ mm hohen Lappen. Da er von einer solchen grossen Oeffnung in der Augencapsel Glaskörpervorfall befürchtete, so wandte er in allen Fällen tiefe Chloroformnarcose an. Bei der peripherischen Lage des Schnittes hatte er wenigstens damals ein grosses Iriscolobom zu machen. Er hatte bei 100 nach dieser Methode gemachten Operationen nur zwei Verluste.

Graefe adoptirte das Jacobson'sche Verfahren nicht, obwohl er durch dasselbe mitbestimmt worden ist, den Schnitt in den Scleralsaum zu verlegen. Graefe bemühte sich während dieser Zeit, die Methode der linearen Extraction so zu verbessern, dass er sie auch bei der Operation von harten senilen Staren zur Anwendung bringen könnte. Paluccì hatte diese Methode zuerst blos für die Extraction von geschrumpften Staren angewandt. Ihr Gebrauch war von Rosas, Jaeger und Anderen auf die Extraction von flüssigen und weichen Staren ausgedehnt worden. Graefe machte nun an der äusseren Seite der Hornhaut in der corneoscleralen Grenze mit einem breiten Lanzenmesser eine etwa ¼ der Hornhautperipherie einnehmende Incision, machte eine breite Iridectomie und suchte mittelst eines hinter den Linsenkern geschobenen Löffels die Cataract zu entbinden. Bei der zu geringen Länge und Höhe des Schnittes konnten die Resultate nur schlechte sein. Critchett und Bowman in London vergrösserten mit der Scheere den Schnitt auf ein Drittel des Hornhautumfanges und hatten bessere Erfolge als Graefe. Aber auch ihr Schnitt war nicht geräumig genug. Nach einem Besuche in London kam Graefe zu der Ueberzeugung, dass hinreichend grosse Schnitte für senile Stare mit dem Lanzenmesser nicht gemacht werden können. In 1865 veröffentlichte Graefe seine neue peripherische lineare Extractionsmethode. Mit einem blos 2 mm. breiten Messer stiess er etwa 2¼ mm. unterhalb einer durch den oberen Scheitel der Hornhautbasis gelegten Tangente etwa 1½ mm. nach aussen von der Hornhautgrenze in die Sclera so ein, dass die Spitze des Messers gegen die Mitte der Pupille gerichtet war, dann wendete er die Spitze des Messers nach oben und schob es nun nach innen so vor, dass sein Rücken sich etwa 2¼ mm. unter der eben genannten Tangente befand. Bei weiterem Vorschieben des Messers machte er den Ausstich ebenfalls 1½ mm. von der Hornhautgrenze. Nach vollendetem Ausstich stellte er das Messer so auf, dass seine Ebene mit einem grössten Kreise der Hornhaut zusammenfiel. Später empfahl er eine weniger steile Führung des Messers. Aber in allen Operationen, die ich ihn in 1868 habe ausführen sehen, kam der Schnitt in einen Kreis zu liegen, der einem grössten Kreise sehr nahe stand. Graefe vollendete den Schnitt nun so, dass sein Scheitel in den Scheitel der Hornhautbasis oder leicht vor diesen fiel. Nach Durchschneidung der Sclera bildete er einen Bindehautlappen. Dieser wurde mit einer

Irispincette von der vorgefallenen Iris abgestreift und auf die Hornhaut umgeschlagen. Die Iris wurde dann mit der Pincette in der Nähe des äusseren Wundwinkels gefasst und mit 3 bis 4 Scheerenschnitten sorgfältig excidirt. Graefe sorgte dann für correcte Stellung der Sphincterecken durch Reposition von etwa in der Wunde zurückgebliebenen Iristheilen. Die Kapsel wurde dann in ausgiebiger Weise mit dem Cystotom eröffnet. Hierauf folgte Entbindung der Linse durch Druck auf den unteren Theil der Hornhaut mittelst eines Löffels. Nach Reinigung des Auges und exacter Reposition des Bindehautlappens wurde über beide Augen ein Druckverband angelegt.

Durch die Graefe'sche Methode glaubte man für eine ganze Reihe von Jahren viel günstigere Erfolge erhalten zu können, als durch den Lappenschnitt. Hornhautvereiterungen waren seltener, auch eitrige Iritis und Iridokyklitis kamen weniger häufig vor. Häufiger war aber wohl die nicht eitrige Iridokyklitis. Wundsprengung wurde oft beobachtet und hatte oft die traurigsten Folgen. Einheilung der Iris in die so peripherisch gelegene Wunde verursachte oft Iridokyklitis und, was das Schlimmste war, gar nicht so selten sympathische Erkrankung des anderen Auges. Einheilung von Capseltheilen in der Wunde, in der auch noch häufig genug Iris eingeheilt war, führte ausser zu anderen Uebelständen zur Bildung der sog. späten Nachstare, die nach 6 Monaten, nach einem, nach zwei und selbst noch nach drei Jahren nach der Operation das Sehvermögen mehr oder weniger schlimm beeinträchtigten und durchaus nicht immer durch Nachoperationen mit Erfolg zu bekämpfen waren. Es ist jetzt wohl ziemlich allgemein anerkannt, dass die definitiven Erfolge der Graefe'schen Methode nicht besser waren als die der Daviel'schen.

Der nächste Reformer nach Graefe war Weber, der mit seinen Hohllanzen von 8½, 10 und 12 mm Breite Schnitte herstellte, die dem Graefe'schen sehr nahe stehen. Soweit mir statistische Nachweise über Weber's Operation zugänglich gewesen, sind die Resultate ungefähr dieselben wie nach der Graefe'schen Methode.

Liebreich veröffentlichte in 1869 eine Methode, die den grössten Theil des Schnittes in die durchsichtige Hornhaut zurückverlegte. Er stach 1½ bis 2 mm. unter dem horizontalen Hornhautdurchmesser und 1 mm. nach aussen von der Hornhautgrenze mit einem schmalen Graefe'schen Messer ein und

ebensoweit nach innen von der Hornhautgrenze wieder aus. Er gab gleich beim Einstiche der Ebene der Messerklinge eine solche Neigung nach vorn, dass ihre Verlängerung nach oben eine durch den horizontalen Meridian gelegte Ebene unter einem Winkel von ungefähr 45° treffen sollte. Diese Neigung des Messers wurde bis zur Vollendung des Schnittes beibehalten. Auf den Schnitt folgte gleich die Discision der Capsel, darauf Entbindung der Linse durch leichten Druck und Gegendruck. Liebreich operirte ohne Fixation und ohne Sperrelevateur und machte keine Iridectomie. Die Resultate der Liebreich'schen Operation, über die anscheinend grössere Statistiken nicht veröffentlicht worden sind, so vielfach die Operation auch gemacht worden ist, werden wohl so günstige gewesen sein, wie die der Graefe'schen und Weber'schen. Ausserordentlich viele Operateure haben, obwohl oft in modificirter Weise, die Liebreich'sche Schnittform angewandt. Ich habe seit 1873 in allen Extractionen ohne Iridectomie den Schnitt in folgender Weise modificirt. Ich mache Ein- und Ausstich einen halben mm von der Hornhautgrenze im Scleralsaume und einen mm. unter dem horizontalen Durchmesser der Hornhaut. Gleich bei Beginn des Schnittes gebe ich dem Messerchen eine solche Neigung nach vorn, dass sein Rücken mit dem durch Ein- und Ausstichspunkt gelegten Parallelkreis einen Winkel von etwa 30° bildet und vollende den Schnitt so, dass unten etwa 1 mm der Hornhaut stehen bleibt. Wie ich sehe, macht Hirschberg bei Extractionen ohne Iridectomie jetzt ungefähr denselben Schnitt, aber im obern Abschnitte der Hornhaut.

Von 1865 bis ungefähr die Mitte der 80er Jahre fand die Graefe'sche Methode immer weitere Verbreitung und war das am häufigsten angewandte Verfahren, obwohl viele Operateure die Operation wesentlich anders ausführten, als Graefe es gethan hatte. Wohl die meisten Aerzte hielten nicht an der Linearität des Schnittes fest, sondern befolgten den Rath Arlt's, der erst dann ausgezeichnete Resultate von der Methode erhielt, als er weniger Werth auf Linearität als auf exacte Excision der Iris und genaue Opposition des Bindehautlappens legte. Er hatte bei den letzten 400 Extractionen, die er in seiner Operationslehre veröffentlicht hat, 88 Procent ganze Erfolge und unter diesen von den letzten 100 92 Procent volle Erfolge. Das sind Erfolge, die in der vorantiseptischen Zeit wohl kein anderer Operateur erreicht hat. Dadurch, dass dem Graefe'schen Schnitte eine

gewisse Lappenhöhe gegeben wurde, dass Ein- und Ausstich niedriger und näher an der Hornhaut gemacht wurden, hatte man eigentlich schon die Graefe'sche Methode verlassen. Es blieb von ihr nur noch der Bindehautlappen und die Iridectomie, die Colobome von 4 bis 8 mm. Breite nöthig machte. Uebrigens hatte die Opposition gegen die Graefe'sche Schnittform nie ganz aufgehört. Hasner hat unentwegt an der Davie l'schen Methode festgehalten. Unter 7000 Extractionen, die er bis 1880 gemacht, hatte er blos 3,8 Procent Verlust durch Hornhautvereiterung. Andere, die den Lappenschnitt in der Hornhaut scheuten, übten den peripherischen Lappenschnitt.

Je mehr die definitiven Resultate der Graefe'schen Operation bekannt wurden, desto mehr nahm die Opposition gegen sie zu und wurde der Wunsch nach Rückkehr zu der Davie l'schen Methode ein immer mehr ausgesprochener. Namentlich in Frankreich äusserte sich dieser Wunsch in sehr lebhafter Weise.

Inzwischen hatten zwei Schweizer Augenärzte, Schiess und Horner sich eifrig und mit grosser Ausdauer bemüht, die Gefahren der Operation durch strikte Asepsis und Antisepsis zu vermindern. Horner hat das grosse Verdienst, durch schlagende Argumente nachgewiesen zu haben, dass die eitrige Corneitis und Iritis, deren erste Anfänge 18 bis 30 Stunden nach der Operation nachweisbar sind, durch Einwanderung von Keimen aus dem Conjunctivalsack verursacht werden, dass die grosse Hornhautwunde beim Lappenschnitt, der die Cornea fast von der Hälfte ihrer Ernährungsquellen abschneidet, in keiner Weise die Ursache dieser eitrigen Entzündung sein kann. Während nun Schiess Carbolsäure zur Desinfection der Instrumente, zu Applicationen auf den Conjunctivalsack und zum Verbande gebrauchte, ohne dadurch bessere Resultate zu erhalten, als von anderen ohne Antisepsis erreicht worden waren, wandte Horner Borsäure und Salicylsäure an. Während er hierdurch unerkennbar gute Erfolge erhielt, war doch der Unterschied gegen früher noch nicht eclatant genug. Schon bessere Resultate wurden durch Ponaslösung (Hydrargyrum bijodatum 1:20.000) erreicht. Es war aber erst die Einführung der Sublimatlösungen, welche schliesslich die Ungläubigsten zur Antisepsis bekehrte. Alfred Graefe hat wesentlich dazu beigetragen, die Sublimatlösungen in der Augenchirurgie einzubürgern. Meistens gebraucht man sie in der Stärke von 1:5000. Der Conjunctivalsack lässt sich sehr schwer oder gar nicht ganz keimfrei machen, weil

er sowohl mit dem Thränensacke als auch mit der Nasen- und Mundhöhle in Verbindung steht. Sind auch die Thränenwege in völlig normaler Verfassung, so sind doch wiederholte Ausspritzungen derselben mit der Sublimatlösung vor der Operation erforderlich. Bei theilweiser Unwegsamkeit der Thränenwege ist es am besten, die Thränenröhrchen durch Einführung der galvanocaustischen Brennschlinge zur definitiven Verwachsung ihrer Wandungen zu bringen. Dasselbe ist erst recht nöthig, wenn Blenorrhöe des Sacks vorhanden ist. Dann ist die grösste Sorgfalt auf die Umgebung der Augen zu verwenden, namentlich müssen die Lidränder in der sorgfältigsten Weise gereinigt und desinficirt werden. Der Conjunctivalsack wird am besten schon am Tag vor der Operation gründlichst mit der Sublimatlösung ausgespült. Direct vor der Operation wird die Ausspülung wiederholt. Selbstverständlich operirt man nur mit absolut reinen und keimfreien Instrumenten.

Anfangs liess man auch während der Operation die Wundgegend mit der Sublimatlösung berieseln und schüttete dieselbe nach Beendigung der Operation wieder in den Conjunctivalsack. Viele begnügten sich damit noch nicht, sondern spritzten sogar die Augenkammer mit Sublimat — oder Borsäure — oder Kochsalzlösungen aus. Diese Uebertreibungen führten nicht selten zu Hornhauttrübungen, die durchaus nicht immer wieder verschwanden, sondern oft dauernde unheilbare Sehstörungen zurückliessen. Das Berieseln während der Operation hat man definitiv aufgegeben. Das Ausspritzen der Kammer hat noch immer einige Anhänger. K n a p p bedient sich dazu schwacher Borsäurelösungen, Andere gebrauchen schwache Kochsalzlösungen, um so viel als möglich von der zurückgebliebenen Corticalis zu entfernen. Wenn man die ausserordentlich häufigen Discisionen, die K n a p p wegen Nachstar zu machen hat, berücksichtigt, so ist der Nutzen dieser Kammeraussprizungen jedenfalls sehr zweifelhaft. Nach der Operation wird über das operirte Auge ein antiseptischer, über das nicht operirte ein aseptischer Verband angelegt.

Wie sind nun die Resultate der Operationen bei dieser strikten aseptischen und antiseptischen Behandlung ausgefallen? Das allgemeine Resultat ist der Beweis gewesen, dass die Wahl der Methode sehr geringen Einfluss auf den Heilungsprocess hat, vorausgesetzt, dass der Schnitt geräumig genug gemacht war. Während in der vorantiseptischen Periode durch Infectionen

sicher nicht weniger als 11 Procent der operirten Augen zu Grunde gingen, fielen diese Verluste auf einmal auf 2½, 2, 1 und selbst auf noch weniger als 1 Procent. Schweigger operirte in ununterbrochener Reihe 186 Augen ohne einen Verlust, Hirschberg 200 Augen mit nur einem Verlust durch Iridocyclitis. Es war unter diesen Umständen selbstverständlich, dass man schwierige und complicirte Methoden, wie die Graefe'sche und Weber'sche für leichtere und einfachere aufgab. Nur Jacobson, der seine eigene Methode aufgegeben hatte, behielt die Graefe'sche bei und hatte glänzende Erfolge. Dagegen scheint Hippel blos die Jacobson'sche Methode auszuüben mit ebenso ausgezeichneten Resultaten. Die grosse Majorität der Augenärzte zog die leichteren Methoden vor. Sehr viele griffen zum Lappenschnitt ohne Iridectomie zurück, den manche, wie Wecker und Knapp, mit dem Graefe'schen Messer machen. Knapp durchtrennt reichlich zwei Fünftel des Hornhautumfanges genau in der corneoscleralen Grenze. Ein solcher Schnitt muss viele Irisvorfälle verursachen, kann aber nicht anders gemacht werden, wenn er als allgemeine Methode ausgeübt werden soll. Der nach Beers' und Arlts' Vorschriften ausgeführte Lappenschnitt, hat seinen Scheitel in der Descemet'schen Haut, etwa 2 mm central vom Hornhautscheitel. Ein solcher Schnitt schützt sicherer vor Irisvorfall, passt aber nicht für alle Fälle. Die Irisvorfälle gefährden aber wohl nur selten das Auge. Meistens lassen sie sich leicht reponiren; wenn nicht und wenn sie immer wieder vorfallen, so muss man sie excidiren. Knapp hatte ausserordentlich viele Nachstaroperationen zu machen, die sicher nicht immer, auch von dem geschicktesten Operateur ausgeführt, ganz ohne Gefahr sind. Ich ziehe den oben erwähnten, von mir seit 1873 geübten Schnitt vor, bei dem Irisvorfälle selten vorkommen. Dieser Schnitt passt aber nicht für alle Fälle und ist dann besser durch das Verfahren zu ersetzen, das den Namen der combinirten Methode erhalten hat.

Alle die Operationen, die in der Hornhaut ohne Iridectomie gemacht werden, fallen der sog. einfachen Methode zu, alle Operationen, die im Scleralsaume mit Schnittlängen von 10 bis 12 und Lappenhöhen von 2 bis 4 mm, mit oder ohne Bildung eines Conjunctivallappens, aber mit der Ausschneidung eines kleinen Stückes der Iris gemacht werden, gehören zur Categorie der combinirten Methode. Nach der letzten Methode, glaube ich, operirt

man am besten alle Fälle, in denen selbst nach energischem Gebrauch des Atropins die Pupille sich nicht auf mehr als auf 5 bis 6 mm. erweitern lässt, alle dunklen Stare, die oft abnorm gross sind, alle überreifen, alle geschrumpfen, alle mit Capseltrübungen complicirten Stare, alle Stare in Augen, deren Glaskörper möglicherweise verflüssigt ist, alle Stare in Augen, die eine höhere Tension zeigen, wenn auch alle Zeichen einer glaucomatösen Erkrankung abwesend sind. Die Iridectomie vermehrt unter solchen Umständen nicht die Gefahr der Operation, sondern vermindert sie. Ist man im Verlauf der Operation gezwungen, die Cataract mit dem Löffel aus dem Auge heraus zu befördern, gleichviel ob mit oder ohne die Capsel, so befindet man sich in einer viel günstigeren Situation bei dem im Scleralsaume verlaufenden Schnitt, als wenn man die Tractionsinstrumente durch eine Hornhautwunde einzuführen hat.

Bei der einfachen Methode sowohl, als bei der combinirten, ist es nöthig, nach der Operation wiederholt Eserinlösungen einzuträufeln. Herzog C a r l T h e o d o r hatte bei 1000 Extractionen nach der combinirten Methode 95 Procent ganze Erfolge, 3,2 Procent halbe Erfolge und 1,6 Procent Verluste. K n a p p hatte bei ungefähr ebenso vielen Fällen beinahe ebenso günstige Resultate, hatte aber viel mehr Nachstaroperationen zu machen, als der Herzog. Die Anwendung des schmalen K n a p p'schen Capselmessers constituirt einen entschiedenen Fortschritt in der operativen Behandlung der Nachstare.

Es ist meine Ueberzeugung, dass die Extraction ohne die Capsel eine weitere Verbesserung des Operationsverfahrens nicht erfahren wird. Alle möglichen Schnittformen sind in den letzten 50 Jahren in der erschöpfendsten Weise versucht worden, bis man schliesslich einsah, dass die Antisepsis unendlich wichtiger ist als die Operationsmethode. Die Zukunft scheint der Vervollkommnung der operativen Technik der Extraction der Cataracte in der Capsel zu gehören. Die im Auge mit den in ihr enthaltenen Linsenresten zurückbleibende Capsel ist eine fortwährende Gefahr für dasselbe. Die Wucherung der intracapsulären Zellen mit den durch sie geschaffenen Nachstaren, das Einheilen von Capseltheilen in die Wunde bilden die Quelle mannigfaltiger und oft sehr ernster Störungen. Diese Gründe veranlassten P a g e n s t e c h e r den Aelteren gegen die Mitte der 60er Jahre zu dem Versuche, die Extraction der getrübten Linse mit der Capsel als allgemeine Extractionsmethode in die Praxis einzuführen. Er

machte einen grossen Lappenschnitt, der dem Jacobson'schen sehr ähnlich ist, machte eine breite Iridectomie und suchte durch Druck die Linse aus dem Auge zu entfernen. Waren die Verbindungen der Zonula bereits gelockert, so gelang dies häufig ohne Glaskörperverlust. Erwies sich der Druck als nicht ausreichend, so entband er die Linse mit dem Löffel, was meistens beträchtlichen Glaskörperverlust zur Folge hatte. Viele Augen gingen darüber zu Grunde. Glücklicher Weise haben sich seitdem durch die Einführung der Asepsis und Antisepsis die Aussichten für die Pagenstecher'sche Methode sehr gehoben. Pagenstecher, der Jüngere, hält diese Methode für indicirt: 1) bei überreifen; 2) Morgagnischen; 3) geschrumpften Staren; 4) bei luxirten und verkalkten Linsen; 5) bei Glaskörperverflüssigung. Sein Schnitt liegt im oberen Scleralsaume und soll nicht mehr als ein Drittel des Hornhautumfanges umfassen. Er macht einen Bindehautlappen und excidirt ein kleines Stück der Iris. Dann folgt sorgfältige Reposition der Iris. „Bei der Entbindung der Linse wird der Löffel hinter den oberen Linsenrand gebracht, aber nur mässig vorgeschoben, so dass auf ihm wie auf einer schiefen Ebene die Linse durch Druck auf den unteren Hornhautrand herausgeleitet wird." Ist das Manöver ohne Erfolg, so muss der Löffel so weit nach unten hinter die Linse geschoben werden, dass es möglich wird, die Linse aus dem Auge herauszubefördern. P. machte 74 Doppeloperationen; auf einem Auge kam die combinirte Methode mit Eröffnung der Capsel, auf dem anderen seine Methode der Extraction mit der Capsel zur Anwendung; 56 derartige Operationen machte er in einer Sitzung. Bei seiner Methode hatte er 39 Mal Glaskörpervorfall, bei der anderen 5 Mal. Er verlor kein Auge durch Phthisis bulbi. Seit der Einführung des Cocains sind die Glaskörpervorfälle und das Platzen der Capsel, das sich früher in 20 Procent der Fälle ereignete, viel seltener geworden. Bei seiner Methode soll nur geringe Gefahr einer Netzhautablösung zu befürchten sein. Unter 600 Operationen wurde nur eine Netzhautablösung bei hochgradiger Myopie beobachtet. Die Fachgenossen, die über ein grosses operatives Material zu verfügen haben, sollten sich durch P.'s Erfolge zu einer ernsten Cultivirung seiner Methode anspornen lassen.

Die Entfernung einer nicht getrübten Linse bei hochgradiger Myopie wurde vor ungefähr 40 Jahren von Mooren mit Erfolg ausgeführt. Ob er das Wagniss in der vorantiseptischen

Zeit wiederholt hat, weiss ich nicht. Seit Einführung stricter Antisepsis ist die Operation namentlich von österreichischen und deutschen Augenärzten so häufig mit Erfolg ausgeführt worden, dass dieselbe jetzt wohl allgemein für berechtigt gehalten wird. Man macht sie bei älteren Personen, wenn der Grad der Myopie 16 D oder darüber beträgt, bei jüngeren schon bei 10 D, wenn die Myopie rasch progressiv ist. Einige entfernen von der Linse gleich bei der ersten Operation so viel als sie herausbefördern können, gewöhnlich wohl höchstens zwei Drittel. Die zurückgebliebenen Massen erfordern meistens weitere Operationen. Die Mehrzahl der Aerzte beginnt die Operation mit einer Discision. Einige lassen dann schon nach 5 Tagen, andere später die Extraction aus einer mehr oder weniger grossen Lineareawunde folgen. Mehrere Eingriffe sind fast immer nöthig. Iridectomie wird so viel als möglich vermieden. Die Resultate für das Sehvermögen sind auffallend günstige, viel günstiger als durch die Verminderung der Refraction zu erklären ist. Die bei hochgradiger Myopie häufig vorkommenden Choroidealblutungen und Netzhautablösungen sind hier erst recht zu befürchten. Hippel hatte nach 184 mit sehr günstigem Erfolge gemachten Operationen 6 Procent Netzhautablösungen. In Fällen, in denen Glaskörpervorfall stattgefunden hatte, ist wohl meistens die Schuld auf die Operation zu schieben. Nach der Discision von Nachstaren ereignete es sich bisweilen, dass ein Glaskörperfaden aus der kleinen Wunde in der Cornea hervorquoll. Dieser Faden muss sofort auf galvanocaustischem Wege zerstört werden, um ein weiteres Hervortreten desselben zu verhindern und um septische Infection des Glaskörpers zu verhüten. Der nun in der vorderen Kammer zurückbleibende Faden kann durch Zug auf den Glaskörper Netzhautablösung verursachen. Eine andere Schattenseite dieser Operation sind die häufig vorkommenden späten Nachstare. Diese entwickeln sich in so späten Terminen wie die, welche man nach Graefe's Extraction beobachtet hat. Die Kranken erfahren dann oft eine so beträchtliche Herabsetzung des Sehvermögens, dass sie viel schlechter als vor der Operation sehen können. Correct ausgeführte Discisionen haben wenigstens in den veröffentlichten Fällen Hülfe gebracht. Aber diese Discisionen sind nicht ganz ohne Gefahr, und ob sie in allen Fällen dauernde Hülfe bringen, ist gewiss zweifelhaft. Trotzdem hat die Myopieoperation in sorgfältig geprüften und ausgewählten Fällen unzweifelhaft ihre Berechtigung. Aber der Arzt wird

namentlich hier in Amerika klug handeln, wenn er vor der Operation sehr vorsichtig in der Stellung seiner Prognose ist.

315 Larabee Street.

Referate und Kritiken.

Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege. Organ des „Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege." Redigirt von Dr. A. Spiess und Dr. M. Pistor. XXXII. Band, 1. und 2. Heft. Verlag von Friedrich Vieweg und Sohn. Braunschweig, 1899 und 1900.

Das vorliegende 1. Heft wird vollständig eingenommen durch den Bericht des Ausschusses über die Vierundzwanzigste Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege zu Nürnberg am 13., 14. und 15. September 1899. Aus diesem Bericht seien besonders folgende Referate hervorgehoben: Die hygienische Beurtheilung der verschiedenen Arten künstlicher Beleuchtung, mit besonderer Berücksichtigung der Lichtvertheilung (Referat von Prof. Dr. F. Erismann). Das Bedürfniss grösserer Sauberkeit im Kleinvertrieb von Nahrungsmitteln (Referat von Geh. Oberschulrath Prof. Dr. Schiller). Maassregeln gegen die Rauchbelästigung in den Städten (Referat von Ingenieur F. Haier). Die vorstehenden Titel mögen genügen, um auf das Zeitgemässe und auf die Wichtigkeit der erstatteten Referate, an die sich eine sehr rege und interessante Discussion anschloss, aufmerksam zu machen.

Heft 2 enthält die folgenden Abhandlungen: Staatliche Einrichtungen zur Förderung des Baues öffentlicher Wasserversorgungsanstalten in Württemberg, Bayern, Baden und Elsass-Lothringen (von Civilingenieur E. Grahn). Bäder und Badewesen in Mittelalter (von Dr. Julian Marcuse). Rückblicke auf die internationale Syphilisconferenz in Brüssel vom 4. bis 8. September 1899 (von R. Wehmer). Hat die heute übliche Reglementirung der Prostitution einen nachweislichen Einfluss auf die Häufigkeit und Verbreitung der venerischen Krankheiten ausgeübt? (von Dr. A. Blaschko). Der gegenwärtige Stand des Findelwesens in Ungarn (von Dr. M. Szalárdi). Ueberfüllte Wohnungen in Paris (von J. Stübben). Die Bedeutung der Molkereien für die Verbreitung des Unterleibstyphus (von Regierungs- und Medicinalrath Dr. Schlegtendal). Ferner findet sich in diesem Heft eine im Auftrage des kaiserlichen Gesundheitsamtes verfasste „Belehrung über die Pest," sowie eine Anzahl von Kritiken und Besprechungen.

Therapeutische Indicationen für interne Krankheiten. Von Dr. Julius Weiss und Dr. Siegfried Schweiger. Zweite, vielfach ergänzte und umgearbeitete Auflage. Verlag von Seitz & Schauer, München, 1900.

Das vorliegende Werkchen gehört nicht zur Classe der sogenannten Recepttaschenbücher, an denen ja in der medicinischen Literatur kein Mangel ist und welche nur dazu beitragen, das gedankenlose Verschreiben zu fördern, sondern es enthält in gedrängter Kürze die therapeutischen Indicationen, wie sie sich auf Grund der neueren medicinischen Wissenschaft herausgebildet haben. Das Buch steht daher in der Mitte zwischen den bunt zusammengestellten Receptsammlungen und den grösseren Handbüchern, in denen, von einigen wenigen rühmlichen Ausnahmen abgesehen, die Therapie meistens sehr stiefmütterlich behandelt ist. Es enthält nichts zu viel, aber auch nichts zu wenig, die Indicationen zum therapeutischen Handeln sind scharf und präcise gestellt, ohne sich in weitschweifige Theorien und Hypothesen zu verlieren. Wo die Ansichten der Autoren auseinandergehen, ist dies kurz angegeben nebst der dazu gehörigen Motivirung und dem Namen des betr. Gewährsmannes, so dass der Leser in den Stand gesetzt ist, sein eigenes Urtheil zu benützen. Den Schluss des Werkes bilden 293 nach symptomatischen Indicationen geordnete Receptformeln, ein Autoren-Verzeichniss und ein Sachregister. Die vorliegende zweite Auflage wird bei den Collegen sicher eine ebenso gute Aufnahme finden, wie dies bei der ersten Fall gewesen ist.

Die Entwickelung und Geburt des Menschen. Populäre Darstellung der Entwicklungsgeschichte und der Geburtshilfe unter Benutzung des von P. Zeiller sen., Königlicher Universitäts-Bildhauer der Anatomie in München, herausgegebenen „Geburtshülflichen Handatlas." Zweite, völlig neu bearbeitete Auflage von Dr. med. Richard Flamm. Mit 280 Illustrationen. Verlag von Leo Woerl. Leipzig, 1900.

An die Besprechung eines für den Laien bestimmten medicinischen Buches muss immer mit besonderer Vorsicht herangegangen und zunächst geprüft werden, ob der Zweck, zu dem dasselbe geschrieben wurde, vor Allem auch ein lauterer ist, und dann, ob das Buch diesen Zweck auch erfüllt und die gesteckten Grenzen nicht überschreitet. Ganz besonders gilt dies, wenn ein Buch, wie das vorliegende, das Geschlechtsleben des Weibes, die Anatomie und Function der weiblichen Genitalien, die Bethätigung des Geschlechtstriebes, Begattung und Befruchtung, Impotenz und Sterilität, Schwangerschaft, Geburt etc., zum Gegenstand hat. Dass das vorliegende Werk nicht auf die Sinnlichkeit der grossen Masse speculirt, sondern wirklich nur zur Belehrung des gebildeten Laien ist, lässt sich schon bei flüchtiger Durchsicht erkennen und bietet dafür auch schon der Name der Ver-

lagsbuchhandlung, die Hofbuchhandlung von Leo Woerl, genügende Garantie. Der Stoff ist mit grossem Tactgefühl behandelt, und Aehnliches lässt sich von den zahlreichen Illustrationen sagen. Anders steht es mit der Frage, ob das Buch nicht m e h r enthält, als der Zweck, zu dem es geschrieben ist, erheischt und dem Laien zu wissen, nöthig ist. Und hier scheint es dem Referenten, als wenn des Guten zu viel geschehen wäre. Das Buch soll, wie der Verfasser im Vorwort betont, „darauf hinwirken, zur Orientirung und Aufklärung zu dienen bezüglich des anatomischen Baues und der Function der weiblichen Sexual- und der damit zusammenhängenden Organe. Rückbezüglich darauf bezweckt das Werk des weiteren die Unterstützung der ärztlichen Rathschläge behufs Verhaltens der Frauen während der Schwangerschaft, der Geburt, des Wochenbettes, der Lactationsperiode u. s. w." Was mit dieser Bestimmung des Buches Abschnitte über die geburtshülfliche Untersuchung und die geburtshülfliche Operationen, künstliche Erweiterung des Muttermundes, Wendung, Zange, Perforation, etc. zu thun haben, ist Referenten nicht recht verständlich. Die Beifügung dieser Capitel wird auch nicht dadurch gerechtfertigt, wenn Verfasser hinzufügt: „Auch für Aerzte und Studirende hoffen wir ein brauchbares Buch zu liefern . . . wir glauben uns zu der Annahme berechtigt, dass, namentlich im Hinblick auf die reiche und erschöpfende illustrative Ausstattung des Werkes, vielbeschäftigte Aerzte und unter ihnen vornehmlich Landärzte, denen vermöge ihrer zeitraubenden und aufreibenden Thätigkeit nicht viel Zeit bleiben dürfte zum Studium grösserer geburtshülflicher Werke, doch gerne ab und zu behufs rascher Informirung in irgend einem Falle ein Buch zur Hand nehmen, das neben übersichtlicher Anordnung des Stoffes vorzüglich an der Hand der beigegebenen Illustration eine schnelle Orientirung möglich macht." Derjenige „vielbeschäftigte Arzt," resp. noch mehr seine Patienten, könnte uns leid thun, der es nöthig hätte, vor Vornahme einer Zangenoperation, Perforation, Wendung, etc. sich in vorliegendem Buche, das naturgemäss sich nur mit den Elementarprincipien der Geburtshülfe beschäftigt, Rath zu holen. Andererseits dürfte es sich nicht empfehlen, das Buch einer Erstschwangeren, zu deren Belehrung es doch mitbestimmt ist, in die Hand zu geben, da die Abschnitte, und vor Allem auch die Abbildungen über Dystokien, Zangenoperationen, Perforation, Wendungen, etc. nur dazu beitragen, die Angst vor der kommenden ersten Entbindung zu vermehren.

Abgesehen von der Frage nach der Berechtigung einiger Abschnitte, ist das Werk gut geschrieben, auch für den Laien leicht verständlich, und die beigegebenen Abbildungen sind sehr instructiv, die vertretenen Anschauungen stehen auf der Höhe der Zeit. Mit der oben gegebenen Einschränkung kann das Buch gebildeten Laien zur Belehrung und besonders auch Hebammen als Nachschlagebuch wohl empfohlen werden.

Der Arzt und die Heilkunst in der deutschen Vergangenheit. Mit 153 Abbildungen und Beilagen nach den Originalen aus dem 15.—18. Jahrhundert. Von Hermann Peters. Verlag von Eugen Diederichs. Leipzig, 1900.

Das vorliegende Werk bildet Band III. der „Monographien zur deutschen Kulturgeschichte" und bietet nicht nur dem Arzte, sondern auch in gleicher Weise jedem Freunde culturhistorischer Studien eine Fülle von Belehrung und Unterhaltung. Jeder trocknen Aufzählung fern bleibend, führt uns der Verfasser eine bunte Reihe kaleidoscopischer Bilder aus dem Heilwesen des Mittelalters und der späteren Zeit bis zum Beginne des 19. Jahrhunderts vor. Von einem deutschen Stande academisch gebildeter Heilkünstler, welche, von dem Worte Archiater abgeleitet, als Aerzte bezeichnet werden, ist vor dem 12. Jahrhundert kaum die Rede. Wenn in den deutschen Landen von den Fürsten auch schon früh vereinzelt fachmännisch gebildete Archiatri oder Leibärzte gehalten wurden, so entstammten diese doch meist dem Auslande. Bis zum 14. Jahrhundert gab es in Deutschland noch keine Hochschule, auf der die medicinischen Wissenschaften gelehrt wurden, und die deutschen Aerzte suchten bis ins 15. Jahrhundert hinein ihre Fachausbildung in Italien und Frankreich. Vom 10. bis zum 13. Jahrhundert war Salerno die wichtigste Hochschule des Abendlandes, auf der höhere ärztliche Bildung erworben werden konnte. Wie eine Chronik erzählt, war dieselbe gemeinsam von einem Griechen, einem Lateiner, einem jüdischen Rabbi und einem Araber im 9. Jahrhundert gegründet worden. Nicht nur Männer, sondern auch Frauen und Jungfrauen wurden zur Erlernung der Heilkunde zugelassen. Vom 13. bis zum 15. Jahrhundert fand die Medicin in erster Linie ihre Pflegestätte auf den Hochschulen zu Montpelier, Paris, Bologna und Padua, während die deutschen Universitäten bis zum Anfange des 15. Jahrhunderts wenig Bedeutung hatten.

Dass auch im Mittelalter schon, wie dieses auch jetzt noch der Fall ist, viele Geistlichen einen Hang zum Kurpfuschen hatten, geht aus den Worten des Strassburger Predigers Geiler von Kaisersberg hervor, mit denen er gegen die Ausübung der Heilkunst durch Geistliche eifert: „Du fragst, was schadens kumpt davon, wan ein priester sich artzney annymt. Ich sprich, das vil schaden davon kumpt. Der erst schad ist todschlag, das die menschen umbracht werden, wan warumb zu eim artzet gehoertt grosse kunst und grosse trüw. Er muoss gelert sein und trüw. Sag mir eins: wo hat es der priester gelert, kein priester hat kein zügniss von keiner hohen schuol, das er in der kunst gestudiert hab, wer wolt es in gelert haben Er sol ein artzet der selen sein und nit des leibs." Pfarrer Kneipp und andere Pastoren hätten sich diese Ermahnung Geiler's von Kaisersberg zu Herzen nehmen sollen.

Die Stellung der studirten Aerzte war im Mittelalter eine sehr geachtete, so dass es sich die ehrbaren Familien zum Ruhme an-

rechneten, einen Magister zu ihren Angehörigen zu zählen. Wie heute, hatte der jugendliche Doctor beim Volke natürlich nicht gleich dasselbe Vertrauen wie der alte, durch Erfahrung gereifte Arzt. Zum Ausdruck kommt dies in verschiedenen alten deutschen Sprüchwörtern, in denen jugendliche Aerzte als Verbündete der Todtengräber bezeichnet werden: „Junger Arzt, höckriger Kirchhof," oder „Ein junger Arzt muss drei Kirchhöfe haben."

Im Mittelalter scheint die Bezahlung der Aerzte oft nicht schlecht gewesen zu sein. Nicht selten hatten sie jedoch, gerade wie heutzutage, Schwierigkeiten, von ihren Patienten die verdiente Belohnung zu bekommen. Ein Vers der Schule zu Salerno räth deswegen:

„Zittern Kranke um ihr Leben,
Ist noch ein Process im Schweben,
Dann treib zur Bezahlung an;
Ist die Krankheit überstanden,
Der Process nicht mehr vorhanden,
Will an's Zahlen Niemand dran."

In derselben Zeit waren jüdische Aerzte nicht selten. Bei der verachteten Stellung, welche die Juden damals allgemein einnahmen, suchten sich die christlichen Aerzte von diesen fern zu halten. Die Kirche erklärte die Zuflucht zu einem jüdischen Arzt geradezu für eine Sünde. Geiler von Kaisersberg sagt: „etliche, die lauffen zu den Henckmessigen Juden und bringen ihnen den harn, und fragen sie umb rath. Welches doch hoch verbotten ist, das man kein Artzeney sol von den Juden gebrauchen, es sey den sach, das man sonst kein Artztet mag gehaben." So standen im Mittelalter die jüdischen Aerzte ebensowenig wie ihre anderen Glaubensgenossen in grossem Ansehen. Da sie aber oft wegen ihrer Tüchtigkeit sehr gerühmt wurden, so hielten sich selbst Päpste jüdische Leibärzte.

Das älteste handschriftlich auf uns gekommene, deutsch geschriebene chirurgische Werk ist das „Buch der Bünth-Ertznei," das im Jahre 1460 von Heinrich v. Pfolspeundt verfasst wurde. Von blutigen chirurgischen Eingriffen theilt Pfolspeundt u. A. die Kunst mit, „Einem eine newe nasse tzw machen, die im gantz abe ist, und die halt dy hunde abgefressen." In der Geschichte der Medicin wird als der erste Europäer, der sich mit dem Ersatz von verlorenen Nasen befasste, der im Anfange des 15. Jahrhunderts lebende Sicilianer Branca genannt. Er nahm die fleischigen Ersatzstücke aus dem Gesicht, während sein Sohn Antonio dieselben aus der Haut des Oberarmes schnitt, wie es auch Pfolspeundt lehrt, der da sagt: „ein wall (Welscher) hatte mich das gelernth." Jedenfalls wurde die Rhinoplastik in früheren Jahrhunderten schon fleissig ausgeübt.

„Die sympathetische Schnauze klebte,
So lange Vater Arm noch lebte,

Doch streckt sich der auch in das Grab,
Dann fiel die Nase gleichfalls ab."

Die hauptsächlichsten Dienste der niederen Wundärzte bestanden im Clystiren, Aderlassen und Schröpfen. Im Alterthum und im Mittelalter bediente man sich statt der Clystirspritze zur Ausspülung der Eingeweide einer Blase mit daran befestigtem Röhrchen. Am Ende des 15. Jahrhunderts wurde diese einfache, zur Erleichterung der Sterblichen geschaffene Vorrichtung durch die Erfindung der Clystirspritze in den Schatten gestellt. Der Wohlthäter, dem die Menschheit diese wichtige Erfindung verdankt, war der Italiener G a t e n a r i a, Professor der Medicin zu Pavia. Vielfach wurden die Clystire nur deswegen gegeben, um den üblen Folgen der Völlerei zu begegnen. Auch der in früheren Jahrhunderten so viel und so oft als Vorbeugungsmittel gegen Krankheiten vorgenommene Aderlass steht in einem gewissen Zusammenhang mit der alten deutschen Unmässigkeit. In einem Aderlassbuche vom Jahre 1599 heisst es: „Es pflegte der hocherleuchtete Mann Philippus Melanchthon oft und vielmal seinen Zuhörern zu sagen: Wir Teutschen fressen und sauffen uns arm und krank und in die Helle. Wenn man also nun toll und voll mit seltzsamer Speise durcheinander vermischt den Leib biss oben angefüllt, und auf den Morgen der Kopf schwer wird, Drückung umb die Brust und andere Zufälle sich zutragen, alsdann lasset man zur Ader und saufft wieder, dass's kracht."

In ähnlicher Weise werden noch ausführlich besprochen die Harnschau und der damit betriebene Unfug, das Badewesen, die fahrenden Heilkünstler, Theriakhändler, Zahnbrecher und Quacksalber, die Hebammen, Seelenweiber oder Seelennonnen und die Seuchen des Mittelalters, insbesondere die Franzosenkrankheit, Lepra, auch Malzey oder Miselsucht genannt, das St. Antoniusfeuer (gangränöse Form des Ergotismus) und die Beulenpest.

Die beigegebenen Abbildungen sind sämmtlich Reproductionen alter Holzschnitte und Kupferstiche, die Austattung ist eine ganz vorzügliche, Papier und Druck sind alterthümlich gehalten. Das Werk kann jedem Arzte als Lektüre für seine Erholungsstunden bestens empfohlen werden. R.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

Virchow's Archiv, Band 158, Heft 2 und 3.

1) G. R i c k e r und J. E l l e n b e c k: *Beiträge zur Kenntniss der Veränderungen des Muskels nach der Durchschneidung seines Nerven.*

Die Verf. haben, eine Reihe dahingehender Versuche an Kaninchen angestellt, denen der Nervus ischiadicus gleich nach

seinem Austritt aus dem Becken auf die Länge von 1 cm resecirt wurde. Eine Vereinigung der Enden ist bei der Section nie beobachtet worden. Die einzelnen Versuche sind in der vorliegenden Arbeit ausführlich beschrieben. Die Kreislaufstörungen im Muskel nach der Durchschneidung seines gemischten Nerven sind von den Verf. in den Vordergrund ihrer Betrachtungen gerückt, aber doch nicht so, dass sie der Ansicht wären, die alte Erklärung der schweren Muskelatrophien nach Läsionen der Medulla spinalis oder der peripherischen Nerven als Folgen der vasomotorischen Störung sei damit zu neuem Leben erweckt. Vielmehr hat, wie sie glauben, den Ausgang aller Auffassungen des Problems die Thatsache zu bilden, dass unthätige Muskeln, gleichviel wodurch die Inactivität entstanden ist, unter den verschiedensten Umständen atrophisch werden. Die Verf. stehen nicht an, die Inactivitätsatrophie als zur Zeit unverständlich zu bezeichnen. Denn es ist nichts gewonnen, wenn sie als „active" Atrophie ausgegeben und darauf zurückgeführt wird, dass die Zellen das ihnen gebotene Nährmaterial nicht mehr in gehöriger Weise verwerthen können, oder wenn auf den engen Zusammenhang zwischen nutritiven und functionellen Vorgängen hingewiesen wird.

2) M. Brenner: *Ueber das primäre Carcinom des Ductus choledochus.*

Das primäre Carcinom des Ductus choledochus ist eine seltene Erkrankung. B. ist in der Lage, als Beitrag zu der spärlichen Literatur der bisher beobachteten Fälle zwei weitere Fälle zu beschreiben, die im pathologischen Institut zu Heidelberg zur Autopsie kamen. Wir kennen kein Symptom, das ausschliesslich für das Vorhandensein eines primären Carcinoms des Ductus choledochus characteristisch ist. Die Diagnose kann selbst in einfachen Fällen nur per exclusionem gestellt werden, in complicirten Fällen kann sie sogar ganz unmöglich werden. Selbst die Operation vermag uns bis jetzt keinen entscheidenden Aufschluss zu geben.

3) Ch. Thorel: *Ueber viscerale Syphilis.*

Syphilitische Eingeweide-Erkrankungen bilden ein seltenes Vorkommen. Th. theilt daher den Obductionsbefund eines 63jährigen Mannes mit, welcher in Folge multipler Caries der Knochen und einer Gangrän an beiden Beinen in marantischem Zustand verstarb. In Leber und Pancreas fanden sich zahlreiche syphilitische Veränderungen, vorwiegend Erkrankungsprocesse an den Venen, welche sich theils unter dem Bilde der chronischen Endophlebitis, theils als heftige, allgemeine Entzündungen der Gefässwand mit consecutiver Obliteration der Venen-Lumina präsentirten.

4) F. Reach: *Quantitative Untersuchungen über das Tyrosin als Spaltungsproduct der Eiweisskörper.*

5) L. Grünwald: *Studien über die Zellen im Auswurf und in entzündlichen Ausscheidungen des Menschen.*

Färbungs- und Untersuchungsmethoden, sowie die erzielten Resultate werden ausführlich beschrieben.

6) F. Kühne: *Casuistische Beiträge zur pathologischen Histologie der Cystenbildungen.*

K. war in der Lage, eine Reihe von Cystenbildungen zu untersuchen, die theils wegen ihrer Seltenheit, theils wegen ihrer Entstehung einiges Interesse erwecken. Es handelte sich um im extrauterinen Leben entstandene Cystenbildungen und zwar des Dünndarms, der Speiseröhre und der Milz, sowie um solche, die im intrauterinen Leben entstanden waren. Näheres ist in der Originalarbeit nachzusehen.

7) C. J. Eberth: *Zur Kenntniss der hypertrophischen Lebercirrhose.*

Ein Fall hypertrophischer Cirrhose gab Verf. Gelegenheit, in einem noch ziemlich frühen Stadium, in dem die Schrumpfung noch nicht so weit gediehen war, die Beziehungen zwischen Gewebsnecrose und Bindegewebsneubildung zu untersuchen. Daraus und aus dem Studium der vorhandenen Literatur geht hervor, dass es sich um eine Schädlichkeit handeln muss, welche die entzündliche pericholangiitische Wucherung der gröberen Gänge und weiterhin auch der feineren perilobulären, wie die Gewebsnecrosen, veranlasst. Gallenstauung kann dabei schon frühzeitig, manchmal in Intervallen auftreten, mitunter nachdem der entzündliche Process in den gröberen Gängen und deren Umgebung schon zum Stillstand gekommen ist. In diesem Falle würde die Behinderung der Gallenentleerung besonders durch die Verlegung und Compression der feineren Gänge, theils durch das Auftreten von Eiterkörpern und Granulationszellen in deren Umgebung, theils durch die Schrumpfung des Bindegewebes ihre Erklärung finden.

8) M. Askanazy: *Zur Entstehung der multiplen Lipome.*

A. giebt das Sectionsergebniss einer an Inanition infolge Sarcomatose verstorbenen 33jährigen Patientin bekannt. Darnach fand sich bei der Patientin eine Anzahl von Lipomen, bei denen nach ihrer Lage eine Unabhängigkeit von präformirten Lymphdrüsen als wahrscheinlich gelten muss, und auch die an einzelnen Stellen angetroffenen grossen Fettzellen im Umfange der Drüsen sprachen für die Möglichkeit einer Fettgewebswucherung ausserhalb des Bereichs der Drüsen. Es handelte sich um Lipome der Lymphdrüsen. So ergiebt sich denn, dass die Multiplicität der Fettgewebsgeschwülste bei dieser Beobachtung nicht einem planlosen Aufschiessen der homologen Geschwülste an beliebigen Punkten des Körpers zuzuschreiben ist, sondern dass sie zum guten Theil an ein im Körper weit verbreitetes Organsystem, das Lymphdrüsensystem, gebunden sind. Be-

züglich der Aetiologie dieser lipomatösen Erkrankung der Lymphdrüsen weist A. darauf hin, dass man daran denken könnte, dass solche in das Innere der Lymphdrüsen vorgedrungene Fettzellen gelegentlich einmal ausser Connex mit ihrem Mutterboden kommen und da unter Umständen ebenso in Proliferation gerathen, wie es andere „versprengte" Gewebstheile nach Ausweis zahlreicher Erfahrungen der Pathologie zu thun befähigt sind. Die Umstände freilich, die derartig verlagerte Gewebskeime zu einer stetigen Wucherung antreiben, sind bisher noch dunkel geblieben.

9) H. Hildebrandt: *Ueber Osteogenesis imperfecta. Beitrag zur Lehre der foetalen Knochen-Erkrankungen.*

Verf. war in der Lage, einen Fall einer seltenen foetalen Knochenerkrankung, der sogenannten Osteogenesis imperfecta, genauer untersuchen zu können und bespricht in vorliegender Arbeit das Ergebniss seiner Untersuchungen. Aus diesen erhellt es, dass wir es bei der Osteogenesis imperfecta mit einer Krankheit eigner Art zu thun haben, welche von den bekannten foetalen Knochenerkrankungen durchaus verschieden ist und sich durch ihr macroscopisches, wie microscopisches Verhalten scharf von denselben trennen lässt. Ueber das Wesen der Krankheit sind wir völlig im Unklaren. Anamnestisch hat sich bis jetzt nichts feststellen lassen, und auch aus den microscopischen Bildern lässt sich kein Schluss auf die etwaigen Ursachen der Veränderungen ziehen. Man kann die Hypothese aufstellen, dass durch irgend eine Schädlichkeit, welche im Blute kreist, die Resorption des Knorpels verzögert und vor Allem die Bildung von Knochensubstanz behindert wird. Die in dem von H. beobachteten Falle vorhandenen Necrosen lassen sich vielleicht so deuten, dass bei verstärkter Einwirkung jener Schädlichkeit die Gewebe so sehr beeinträchtigt werden, dass ein Absterben derselben eintritt.

10) M. Glogner: *Ueber die im Malaischen Archipel vorkommenden Malaria-Erreger nebst einigen Fiebercurven.*

Im Malaischen Archipel kommen nach den Beobachtungen des Verf. vier verschiedene Malariaparasiten vor, die von ihm näher beschrieben und auf beigegebenen Farbtafeln erläutert werden. Die Krankheitsfälle, bei welchen diese Parasiten gefunden wurden, zeigten klinisch bisweilen die grösste Aehnlichkeit, während sie verschiedene Erreger beherbergten; andere waren durch denselben Erreger entstanden und zeigten doch klinisch grosse Unterschiede.

11) E. Neumann: *Zu Gunsten der Axencylinder-Tropfen.*

Die Abhandlung ist im Allgemeinen gegen eine ähnliche Arbeit v. Köliker's gerichtet.

12) L. Laqueur und M. B. Schmidt: *Ueber die Lage des Centrums der Macula lutea im menschlichen Gehirn.*

Die Verf. geben folgendes Resumé ihrer Arbeit: 1. Als optisches Rindenfeld sind der ganze Boden der Fissura calcarina,

ihre Seitenwände, der untere Theil des Cuneus und ein grosser Theil des Gyrus lingualis zu betrachten. 2. Das Centrum für die Sehfasern der Macula lutea liegt im Boden und in den Seitenwänden des hintersten Abschnittes der Fissura calcarina beider Hemisphären und hat eine relativ sehr grosse Flächenausdehnung. 3. Es ist höchst wahrscheinlich, dass der grösste Theil des Gyrus fusiformis mit dem Orientirungsvermögen in nahem Zusammenhange steht.

13) F. Blum: *Die Schilddrüse als entgiftendes Organ.*

Vor nunmehr zwei Jahren ist B. der bisherigen Lehre von der Function der Schilddrüse auf Grund eines ausgedehnten Untersuchungsmaterials entgegen getreten, indem er der Thyreoidea die Function einer secernirenden Drüse absprach und sie als ein Schutzorgan für das Central-Nervensystem bezeichnete, dessen Aufgabe in einer Fesselung und Entgiftung bestimmter, im Körper continuirlich entstehender Gifte beruht. „Die Schilddrüse" — so lautete das Endresultat seiner damaligen Untersuchungen — „greift aus dem Blutstrom bestimmte, im Körper entstandene toxische Substanzen auf, bildet mit ihnen zu den Eiweisskörpern gehörige Verbindungen, die die Drüse nicht eher verlassen, als bis sie unschädlich gemacht sind. Ein entgiftendes Moment der Thyreoidea bildet das Jod, das dort aus Jodsubstanzen freigemacht wird, und sich alsdann mit den Toxalbuminen der Drüse derart umsetzt, dass sie dadurch entgiftet werden. Findet ein continuirlicher Jod-Stoffwechsel in der Drüse statt, so könnte das Jod event. das einzige antitoxische Princip der Thyreoidea darstellen; andernfalls müssten noch sonstige Umsetzungen bei Unschädlichmachung der von der Schilddrüse aufgegriffenen toxischen Substanzen mitwirken."

Von verschiedener Seite nun wurde gegen diese Auffassung des Verf. Einspruch erhoben. Man hat gesagt, das microscopische Bild beweise die drüsige Natur der Thyreoidea, ferner die Heilbarkeit des Myxoedems durch Schilddrüsenpräparate spräche ebenfalls für die Secretionstheorie. Ein Beweis aber dafür, dass die Schilddrüse ein lebenswichtiges Secret in den Kreislauf liefere, ist durch die Erfolge der Myxoedemtherapie nicht erbracht. Forscht man aber der Lebensthätigkeit der Drüse in ihrem Verhältniss zum Gesammtorganismus nach, dann lässt sich eine ganze Reihe von Beobachtungen anführen, die dafür sprechen, dass in der Thyreoidea ein Gift aus dem Kreislauf aufgegriffen und dort entgiftet wird. Diese Befunde sind kurz zusammengefasst folgende: 1. Die Schilddrüse beherbergt eine toxische, jodhaltige Substanz. 2. Nach Aufnahme von anorganischen Jodsalzen in den Organismus entwickelt sich in der Thyreoidea ein Jodirungsprocess. 3. Ein solcher Jodirungsprocess ist ein eminent entgiftender Factor. 4. Der Organismus besitzt eine derart ausgiebige, zersetzende Kraft gegenüber der Jodsubstanz der Schilddrüse, dass man alles derartige einverleibte

Jod alsbald in den Excreten wiederfindet. 5. Trotzdem gelingt es nicht, Hunde durch wochen- oder monatelange Entziehung der Halogenzufuhr ihres Jodvorrathes zu berauben. Sie sterben im Chlorhunger; die Schilddrüse aber ist jodhaltig geblieben. 6. Die Lymphdrüsen, in welche die Lymphgefässe der Thyreoidea, die angeblichen Abfuhrwege des Secrets, einmünden, sind stets jodfrei; ebenso sind die Lymphe, das Blut und das Central-Nervensystem normaler Hunde jodfrei. 7. Der Entfernung der Schilddrüse folgt beim Hunde fast ausnahmslos ein schweres Krankheitsbild und der Tod. In dem Central-Nervensystem der Thiere finden sich erhebliche Veränderungen in den Ganglienzellen. 8. Der Einverleibung von Schilddrüsensubstanz an gesunde oder trotz der Thyreoectomie gesund gebliebene Hunde folgen häufig Störungen und Krankheitszustände; sie haben jedoch mit denjenigen thyreopriver Thiere keinerlei klinische Aehnlichkeit.

Die Hauptaufgabe der Thyreoidea beruht also in der Giftbindung, und die Lehre von der Schilddrüse als einem entgiftenden Organ, einem Schutzorgan des Central-Nervensystems, führt in logischer Folge zu dem Schlusse, dass Anomalien in der Thätigkeit der Thyreoidea Vergiftungserscheinungen am Central-Nervensystem bedingen; diese aber dürften durch Myxoedem und Basedow allein noch nicht erschöpft sein.

14) W. Ebstein: *Ueber Harnsteine bei Amphibien.*

E. beschreibt ein Phosphat-Concrement aus der Harnblase einer Kröte sowie Urat-Concremente in der Harnblase einer Schildkröte. Auf Grund der beiden Beobachtungen kann man schliessen, dass auch bei den Amphibien der Aufbau der Harnsteine nach denselben Gesetzen sich vollzieht, wie beim Menschen und unseren Hausthieren.

15) F. Cohen: *Beiträge zur Histologie und Histogenese der Myome des Uterus und des Magens.*

Verf. kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Resultat, dass die Myome des Uterus sehr verschiedenartiger Genese sein können und dass die Magen-Darmmyome sowohl in Bezug auf ihre histologische Beschaffenheit, wie auf ihre Histogenese eine weitgehende Uebereinstimmung mit den Uterus-Myomen darbieten.

16) G. Engelhardt: *Noch ein Fall von Adenomyom des Lig. rotundum uteri.*

Eine derartige Geschwulst wurde in der Heidelberger chirurgischen Klinik bei einer 30jährigen Frau exstirpirt. Wenn auch einige kleine Differenzpunkte in dem Aufbau der drüsigen Elemente v. Recklinghausen's und der bei diesem Tumor gefundenen besteht, so stimmen sie doch in den Hauptpunkten so vollkommen überein, dass man sie wohl sicher von den Urnierenresten des Wolff'schen Körpers ableiten darf. Bezüglich der Frage, wie die Reste des Wolff'schen Körpers in die

Leistengegend gelangt sind, so scheint E. die schon früher von anderer Seite gegebene Erklärung vollkommen befriedigt, dass das Ligament, vom Parovarium entspringend, sich auf seinem Wege über Ovarium und die Rückseite der Tube zur Leistengegend die drüsigen Elemente selbst mitbringt.

17) G. Engelhardt: *Zur Casuistik der Prostata-Carcinome.*

E. veröffentlicht fünf intra vitam nicht diagnosticirte Fälle von Prostata-Carcinom aus der Heidelberger chirurgischen und medicinischen Klinik. Was die Verbreitung des Carcinoms in diesen fünf Fällen anbetrifft, so war dasselbe in keinem derselben auf die Nachbarschaft übergegangen, was ja auch der Regel entspricht. Von den Lymphdrüsen waren je einmal die rechtseitigen Leistendrüsen, die linkseitigen Bronchialdrüsen, die Hilusdrüsen der rechten Lunge, die Drüsen längs des Ductus thoracicus, die Becken-Lymphdrüsen, die Retroperitonealdrüsen, dreimal die Drüsen längs der Aorta, bezw. der Wirbelsäule ergriffen. Lässt sich nun auch im Allgemeinen bei den Prostata-Carcinomen, keine Regelmässigkeit in der Verbreitungsweise der Metastasen nachweisen, so muss doch immerhin die geringe Betheiligung der Lymphdrüsen des Beckens und der Leistengegend auffallend erscheinen. Dass Metastasen in den Organen bei Prostata-Carcinom nicht häufig sind, ist schon lange bekannt, und geht unter Anderem auch aus einer Zusammenstellung von Wyss hervor, der bei 28 Prostata-Carcinomen nur 7 Mal Metastasen in inneren Organen fand.

Centralblatt für innere Medicin, 1900, No. 6 mit 9.

1) L. Hofbauer (Wien): *Ueber das Vorkommen jodophiler Leukocyten bei Blutkrankheiten.*

Die von Verf. ausführlich mitgetheilten Untersuchungen über das Vorkommen jodophiler Leucocyten bei Blutkrankheiten berechtigen wohl dazu, dasselbe im Allgemeinen als ein prognostisch bedeutungsvolles Signum anzusehen; denn wir finden positiven Ausfall der Jodreaction bloss bei perniciöser Anaemie, den schweren Anaemien, wie sie meist nur im Gefolge ernster Erkrankungen sich geltend machen, und der Leucaemie, also nur bei prognostisch ungünstigen Fällen. Doch kann nicht ohne Weiteres die Jodreaction als prognostisch entscheidendes Hülfsmittel bei Blutkrankheiten in der Form verwendet werden, dass der positive Ausfall ein Signum mali ominis sei, der negative Ausfall hingegen eine günstige Prognose gestatte. Denn einerseits giebt es Fälle, bei denen trotz Vorhandenseins jodempfindlicher Leucocyten die Erkrankung einer Heilung zugeführt werden kann, andererseits findet sich bei prognostisch ungünstig zu beurtheilenden Krankheiten zeitweise oder stets ein völliger Mangel an jodempfindlichen Leucocyten (initiales Stadium der Anaemia perniciosa, Pseudoleucaemie). Immerhin aber wird der positive Ausfall der Jodreaction ein prognostisch bedeutungsvolles Moment bei Fällen von Bluterkrankungen abgeben.

2) J. A. Grober (Jena): *Quantitative Zuckerbestimmungen mit dem Eintauchrefractometer.*

Unter Eintauchrefractometer versteht man einen Apparat, der der Bestimmung des Brechungscoefficienten von Flüssigkeiten dienen soll. In der optischen Werkstätte von Carl Zeis in Jena wird jetzt ein Refractometer hergestellt, das einfach zu benutzen und sehr verlässlich in seinen Resultaten ist. Man kann mittels desselben eine mathematisch genaue Untersuchung einer Flüssigkeit vornehmen, die an Verlässlichkeit die meisten unserer chemischen Methoden bei Weitem übertrifft und dabei eben so bequem auszuführen ist, wie z. B. die Bestimmung des specifischen Gewichtes mit einem Aräometer. G. giebt nun ein Verfahren an, mit dem dieses Refractometer in sehr practischer und zuverlässiger Weise zur quantitativen Bestimmung von zuckerhaltigen Lösungen benutzt werden kann. Verf. hat sich ferner noch bemüht, in analoger Weise eine brauchbare Methode für die quantitative Untersuchung eiweisshaltiger Flüssigkeiten zu finden, worüber er weitere Veröffentlichungen in Aussicht stellt.

3) Rudolph (Magdeburg): *Zur Pathogenese der cyclischen Albuminurie.*

Es ist das Verdienst des Engländers Stirling, zuerst darauf aufmerksam gemacht zu haben, dass bei Patienten mit cyclischer Albuminurie das Erheben zur aufrechten Stellung zur Eiweissausbildung in enger Beziehung steht. Stirling taufte desshalb die Krankheit „postural albuminuria," Albuminurie der Stellung. Auch R. ist nach seinen Beobachtungen zu der Ueberzeugung gelangt, dass das mechanische Moment des Aufstehens und das Verharren in aufrechter Stellung die veranlassende Ursache der jedesmaligen Albuminurie ist. Er hat drei Kranke, die an cyclischer Albuminurie litten, 14 Tage zu Bett liegen lassen. Nie war in der Zeit eine Spur Eiweiss durch die Kochprobe mit nachfolgender Salpetersäurezusatz nachweisbar. Als ihnen das Aufstehen gestattet wurde, zeigte sich sofort wieder der abnorme Bestandtheil im Harn. Einer von diesen Patienten musste späterhin wegen Blinddarmentzündung drei Wochen lang das Bett hüten. Während des dreiwöchentlichen Krankenlagers war der Urin völlig eiweissfrei, obschon die Krankheit anfänglich mit hohem Fieber verlief. Sofort nach dem Aufstehen stellte sich die Albuminurie wieder ein.

Was nun die Erklärung betrifft, so handelt es sich nach der Meinung des Verf. bei der cyclischen Albuminurie um eine Stauungsalbuminurie. Die Stauungsursache liegt in der Niere selbst und zwar in den Glomerulusgefässen. Die Gefässe sind im Stande, den Blutdruck beim ruhenden Menschen zu ertragen, bei stärkerem Drucke aber, wie er bei aufrechter Stellung des betreffenden Individuums auf ihnen lastet, werden sie für Blutserum permeabel.

So exquisit pathologisch auch der Zustand ist, so ist doch

seine Prognose günstig. Zu den verschiedenen Heilungen, die publicirt sind, kann R. zwei hinzufügen, und diese beiden Fälle sind genesen ohne Bettruhe und ohne specielle Diät. Will sich die Heilung vollenden, so geschieht dies so, dass einen oder mehrere Tage lang der Urin völlig eiweissfrei wird und wenn dann wieder Eiweiss erscheint, dieses nur ganz kurze Zeit auftritt, manchmal nur in einer einzigen Miction in Gestalt der zartesten Trübung beim Kochen. Die Bettruhe heilt die Krankheit nicht. Aerztliches Eingreifen ist überhaupt nur selten erforderlich, manchmal giebt die Anaemie dazu Veranlassung. Dann verordnet R. Eisenzucker oder kleinste Mengen Ferratin. Es giebt bis jetzt keine Heilmethode, durch welche auch nur mit einiger Zuverlässigkeit eine sanitäre Wirkung erzielt worden wäre. Das Einzige, was eine Chance der Heilung zu bieten scheint, was aber auch nicht mit Sicherheit Erfolg versprechen kann, ist ein vielmonatlicher Aufenthalt im Süden.

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt New York.

17 West 43. Strasse.

Montag, den 5. März 1900.

(Schluss.)

2. Dr. Joseph Fraenkel: Die Prognose der Hysterie. (Liest.)

Discussion. Dr. Carl Dauber: Vielleicht darf ich rein casuistisch einen Fall anführen, den ich nicht ganz genau erhärten kann, dessen Hauptsymptome mir aber noch klar vor Augen stehen. Es war in den 80er Jahren, als ich in Würzburg einen Fall von Hysterie im Julius-Spital sah. Eine junge bis dahin gesunde Wärterin hatte einen Fall etwa zwei Meter hoch auf das Kreuzbein gethan. Im Anschluss daran entwickelte sich Paraplegie, die die Beine betraf. Sie wurde als hysterisch behandelt und wurde durch Suggestion soweit gebracht, dass sie ruhig durch das Zimmer ging und die atactische Störungen verschwunden waren. Da erfuhr sie, dass sie als hysterisch behandelt worden war, und der Rückschlag war ein enormer. Sie bekam in kurzer Zeit dieselbe Paraplegie wieder und starb nach einem halben Jahr unter stetig fortschreitender Anorexie und Cachexie. Die Obduction ergab nichts Abnormes. Auch die microsco-

pische Untersuchung der Nerven und des Gehirns zeigte, soweit ich weiss, nichts Abnormes. — Dr. Max Einhorn: Ich möchte nur einige Worte in Bezug auf die Prognose der Hysterie sagen. Jeder Arzt hat ja Gelegenheit, hysterische Fälle in seine Hand zu bekommen und zu behandeln, und ich glaube, im grossen Ganzen sind doch fast alle Aerzte einig darüber, dass die Prognose gut ist, wenigstens im Allgemeinen. Dr. Fraenkel hat auch Fälle berührt, die hauptsächlich hysterische Erscheinungen seitens des Magens und Darms darstellen, und hat auch betont, dass hier die Prognose sehr häufig nicht so gut zu stellen ist, weil in manchen dieser Fälle der Tod durch Inanition eintritt. Nun ich glaube, dass das ein wichtiger Punkt ist und dass entschieden Todesfälle vorkommen, wo keine organischen Störungen seitens des Magens und Darms vorhanden sind. Aber ich bin auch der Ansicht, dass viele solcher Fälle, wenn sie richtig behandelt werden, gerettet werden können. Ich selbst habe Gelegenheit gehabt, wenigstens drei oder vier Fälle zu sehen, die wahrscheinlich auch gestorben wären, wenn nicht die diätetische Behandlung geändert worden wäre. Ich erinnere mich eines Falles, zu dem ich hinzugezogen wurde, wo es sich um eine Patientin handelte, die seit einem ganzen Jahr nichts oder nur sehr wenig zu sich nehmen konnte. Der Arzt und die Patientin waren einig darüber, dass sie nichts vertragen konnte, dass die geringste Quantität Milch oder peptonisirte Milch, eine halbe Unze alle zwei bis drei Stunden gereicht, schon Schmerzen und Brecherscheinungen verursachte. Kurz, die Patientin war in einem Zustand, dass sie kaum reden konnte, ihre Zunge war trocken, sie war im höchsten Grade anämisch und zu einem Skelett abgemagert, und wenn das so weiter gegangen wäre, hätte man sich nicht wundern können, wenn die Patientin in einem Monat gestorben wäre. In solchen Fällen muss man eben energisch sein. Ich sagte damals, dass die Patientin gefüttert werden müsste, nicht mit theelöffelweiser Nahrung, sondern ordentlich, und man müsse darauf bestehen, dass die Patientin die Nahrung behalte, auch wenn sie über Schmerzen klage; man könnte auch, wenn nöthig, kleine Mengen Narcotica hinzugeben. Dies wurde auch durchgeführt, und es war gar nicht einmal schwer, und nach Verlauf von 2—3 Mon. war sie gesund. Solche Fälle habe ich mehrere gesehen, Die Prognose in diesen Fällen ist also gut, wenn die Behandlung richtig ist, und ich möchte die Herren hier darauf aufmerksam machen, von welcher Wichtigkeit die Diät und Ernährung, die Aufbauung des Körpers bei so heruntergekommenen Leuten ist. Vor etwa 3 Wochen kam ein junger Mann von etwa 23 Jahren zu mir. Vor etwa zwei Jahren wog er noch 150 Pfund, und als er nach New York kam, wog er in seinem Anzug 98 Pfund. Als er sich entkleidete, konnte man überall die Knochen sehen, das Manubrium sterni mit Ansatz der Rippen, ganz wie an einer X-Ray Photographie. Ich habe diesen Patienten der Merkwürdigkeit halber in meiner Vorlesung in der Post Graduate Medical

School vorgestellt. Seine Hauptklage war, dass er Schmerzen hatte und nichts essen konnte. Er stammt aus Denver. Er war in mehreren Sanatorien und verschiedenen Hospitälern gewesen und kam immer weiter herunter. Bei der Untersuchung wurde keine organische Erkrankung des Magens gefunden. Obwohl er gleich weiter reisen wollte — sein Onkel ist Arzt in Cleveland, O., — sagte ich ihm, er sollte ein paar Wochen hier bleiben, und ich fing an, ihn zu ernähren. Er klagte und sagte, es ginge nicht, er habe Schmerzen, müsse erbrechen, aber ich bestand darauf. Kurz und gut, in 15 Tagen nahm er 15 Pfund zu und dann ging er erst zurück. Jetzt wird er sich ordentlich ernähren und wird gesund werden. Dies zeigt deutlich, dass die ordentliche Ernährung des Patienten in vielen Fällen von Hysterie von grosser Wichtigkeit ist. Wenn wir diesen Punkt im Auge haben, wird man die Prognose, glaube ich, besser stellen können.

Dr. W. Freudenthal: Die Fälle, die ich in meiner Praxis zu beobachten Gelegenheit hatte, verhalten sich anders wie der zuletzt erwähnte. Beit weitem die Mehrzahl meiner Hysteriker waren wohl genährt. Ich bin aber selten oder nie in der Lage gewesen, eine Prognose machen zu können. So erinnere ich mich eines Falles: Ein junger Mann kam zu mir, der Sohn eines Ihnen allen bekannten Arztes, und sagte, es wachse ihm ein Knochen in der Nase. Ein Freund von ihm war operirt worden, und bald darauf sagte er mir, seine Nase dehnte sich nach aussen aus und er fühle deutlich Schmerzen. Ich gab ihm eine sehr übelriechende Salbe, und unter dieser eigenthümlichen Behandlung verlor er den Glauben, dass die Sache wüchse, und ist fest überzeugt, dass der Knochen durch die Salbe verschwunden ist. Zu gleicher Zeit bekam seine Mutter eine hysterische Stimmbandlähmung, an der sie noch laborirt. Ich erinnere mich noch eines zweiten Falles, der auch in meine Behandlung kam. Es war eine junge Dame, die einen bellenden Husten hatte. Derselbe war so fürchterlicher Natur, dass mir die Patientin wirklich die Leute aus dem Wartezimmer vertrieb. Man konnte diesen bellenden Husten Strassenweit hören. Die Patientin wurde besser, ich weiss nicht mehr wodurch. Irgend etwas wurde ihr ganz besonders anempfohlen; das wirkte auf sie ein. Zur selben Zeit kam eine Patientin zu mir, die alle paar Minuten einen fürchterlichen Schrei ausstiess. Sie war besonders wohl genährt und ass und trank gut. Obwohl es schon 5 Jahre her ist, hat sie ihr Leiden auch jetzt noch. Es liesse sich sehr viel sagen über die grosse Masse der Stimmbandlähmungen, die wir zu beobachten Gelegenheit haben, doch die würde von zu specialistischer Natur sein.

Dr. I. Adler: Ich kann den höchst interessanten Vortrag doch nicht vorbei gehen lassen, ohne zu erwähnen, dass es mir ein grosses Verdienst des Collegen zu sein scheint, dass er zunächst die Aufmerksamkeit auf das Gebiet des Sympathicus gelenkt hat. Das war bisher sehr wenig geschehen, und da es dem

Collegen Fraenkel auch möglich geworden, in dem letzten Fall sogar eine schwere anatomische Veränderung im Sympathicus zu entdecken, so wird es, wenn man diesem Gebiet bei Autopsien noch mehr Aufmerksamkeit schenkt, auch noch in weiteren Fällen von sog. Hysterie, die tödtlich ausgehen, möglich sein, schwere organisch-anatomische Veränderungen zu finden. Wir stehen aber dann vor dem Dilemma, ob man solche Fälle als Hysterie auffassen darf oder nicht. Wenn man annimmt, wie Nothnagel, dass die Hysterie eine rein funktionelle Erkrankung ist ohne jedes anatomische Substrat, und wenn man weiter annimmt, wie ich geneigt bin anzunehmen, und ich habe sehr viel Gelegenheit, Hysterische in den mannigfaltigsten Formen zu sehen, dass die Hysterie zunächst ein psychischer Zustand ist, der mit somatischen Stigmata aller Art einhergeht, ohne alles anatomische Substrat, so wird man diese Fälle von exitus letalis von der Hysterie ausscheiden müssen. Es ist auch gar nicht einzusehen, warum nicht schwere hysterische Stigmata aller Art sich mit irgend einem somatischen Leiden combiniren können, und warum nicht Individuen, die dazu geneigt sind, bei irgend einem schweren Leiden geradezu hysterisch werden. Ich könnte aus meiner eigenen Erfahrung eine ganze Anzahl hierhergehöriger Fälle anführen. Es fällt mir der Fall einer Frau ein, die von den verschiedenen Collegen als schwer hysterisch diagnosticirt wurde und mit Suggestionstherapie und dergleichen behandelt wurde, und war die Frau auch hochgradig hysterisch; aber die Hysterie war hervorgebracht durch eine sehr schwere Gelenkerkrankung, die von den betreffenden Aerzten nicht übersehen, aber auch als hysterisch aufgefasst wurde, weil die Frau ohne Zweifel durch die Schmerzen hysterisch geworden war und weil in dem Fall, wie bei manchen Fällen von Gelenkerkrankung, kein Fieber da war und dergleichen mehr. Wenn wir daran festhalten, dass die Hysterie eine Krankheit ohne alle anatomische Grundlage ist, eine Psychose rein funktioneller Art, dann werden wir diese Fälle mit exitus letalis — eine genaue Untersuchung wird bei allen diesen ein anatomisches Substrat finden — namentlich wenn wir in Zukunft auf das sympathische Nervensystem achten werden, von der Hysterie ausscheiden müssen. Die Diagnose auf Hysterie soll nur dann gestellt werden, wenn man durch allergenaueste Beobachtung nach allen Richtungen hin kein anatomisches Substrat und keine andere Deutung finden kann. Und dann soll man immer noch die Diagnose Hysterie mit einem Fragezeichen hinstellen, denn es kann selbst da noch durch spätere Beobachtung oder bei der Section immer noch etwas gefunden werden, was die Diagnose Hysterie wieder umstösst.

Dr. Joseph Fraenkel (Schlusswort): Der Fall, den Dr. Dauber erwähnt hat, gehört in die Gruppe von Fällen, die den Arzt durch ihre Unerklärlichkeit überraschen. Es ist dies ein ähnlicher Fall, wie ich einen gesehen habe, und der mich mit

veranlasst hat, mich mit der heute behandelten Frage zu beschäftigen. Ich bin ausser Stande, mir irgend eine Vorstellung von der directen Todesursache dieser Fälle zu bilden. Als Antwort auf die Bemerkung des Dr. Einhorn will ich meinen Standpunkt noch einmal recapituliren. Ich persönlich bin auch der allgemeinen Ansicht, dass die Hysterie im Allgemeinen eine gute Prognose giebt. Wenn man sich aber diese Lehre genauer besieht, so findet man, dass man sich nicht genügend klar ist, worauf sich eigentlich diese günstige Prognose bezieht. Alle hysterischen Symptome bessern sich rasch oder langsam, ja mitunter plötzlich. Die hysterische Basis in activem Stadium bleibt jedoch bei vielen Fällen zurück. Wenn Dr. Einhorn einen Wechsel im Magenbefunde sieht, so kommt vielleicht derselbe Patient nach längerer oder kürzerer Zeit zum Neurologen mit anderen Klagen. Es hat bloss eine Transmutation oder Substitution der Symptome platzgegriffen, der dem Bilde zu Grunde liegende Zustand ist bei Weitem nicht geheilt. Die Behandlung, die Dr. Einhorn für diese Fälle auseinander gesetzt hat, ist übrigens keine, die besondere Geschicklichkeit oder längerer und schwieriger Hantirungen bedarf; die Mahnung, dem Patienten das Essen anzubefehlen, wird wohl jeder nöthigenfalls durch einen Wärter beständiger machen. Eine grosse Reihe solcher Fälle sieht man gesunden unter Zwangessen, aber auch ohne das. Ich erinnere mich eines Falles, der mir insbesondere das Letztere bewies. Wer lange Jahre Arzt an Siechenhäusern ist, hat im Laufe der Zeit Gelegenheit, den Verlauf solcher Erkrankungen genauer zu beobachten, als es in poliklinischer oder privater Praxis möglich ist. Es handelte sich um einen Fall schwerster hysterischer Anorexie bei einem 19jährigen Mädchen, das ohne alle Therapie nach 5monatlicher Dauer plötzlich umschlug. Da war therapeutisch also gar nichts geschehen. Das ist eben die Hysterie. Das eine Mal ist Zwangsfütterung, das andere Mal vielleicht Zwangshunger die Therapie. Ich glaube nicht, dass die Prognose viel durch die Therapie beeinflusst ist; denn es giebt eben keine Schultherapie in der Hysterie. Die von Dr. Freudenthal angeführten Fälle werden diesen Ausspruch bekräftigen, dass die Behandlungsweise auf die Prognose eigentlich keinen Einfluss hat. Durch die Bemerkung des Herrn Dr. Adler fühle ich mich besonders ermuthigt. Die nervösen Erkrankungen des gesammten splanchnischen Systems, Lunge, Herz, Magen, Darm, sind Erscheinungen, von denen wir sehr wenig wissen. Wir erklären uns die Erscheinungen viel zu leicht. Ich möchte nicht die Behauptung aufstellen, dass Hysterie eine Erkrankung des sympathischen Nervensystems ist. Wenn man sich jedoch die einzelnen klinischen Symptome physiologisch zurechtlegt, so kommt einem doch der Gedanke an einen möglichen Zusammenhang. Und je mehr Einblick man in die diesbezügliche Literatur versucht, insbesondere in die Frage, ob es eine pathologische Anatomie der Hysterie giebt, so wird man in dem Gedanken bestärkt.

3. Dr. Schumann-Leclercq (Karlsbad) als Gast: Mittheilungen über Selbstversuche über den Einfluss der Kost auf die Acetonurie. (Liest.)

Discussion. Dr. Carl Dauber: Die Lehre der Acetonurie ist sehr dunkel. Ich möchte im Anschluss an das, was der Vortragende gesagt hat, darauf hinweisen, dass Johann Müller gezeigt hat, dass die grösste Menge Aceton durch die Athmung den Körper verlässt, dass Acetonausscheidung kein pathologisches Symptom ist und dass die meisten Menschen durch die Athmung Aceton ausscheiden. Was die Frage der Entstehung betrifft, ob aus Eiweiss, Kohlehydrat oder Fett, so ist nachgewiesen, dass bei Eiweissüberfütterung keine Acetonvermehrung eintritt, dass Kohlehydrate Aceton vermindern würden, und ein Versuch hat gezeigt, dass Zufuhr von Fett die Acetone erhöht, wenn es im Verdauungskanal zur Aufnahme kommt. Alles deutet darauf hin, dass das Aceton im Darm entsteht. Dagegen spricht wieder eine Arbeit, in der nachgewiesen wurde, dass Calomelabführungen keine Acetonverminderung brachten, und der Autor nimmt an, dass im Darm wohl ursprünglich ein Agens ist, das zur Bildung des Acetons mitwirkt. Im Ganzen ist die Frage noch nicht geklärt, und wir haben diagnostisch und aetiologisch für die verschiedenen Krankheiten recht wenig davon profitirt.

Dr. Max Einhorn: Ich meine, wir müssen Herrn Dr. Schuman-Leclercq recht dankbar dafür sein, dass er solche Versuche an sich selbst angestellt hat. Die Frage der Acetonurie ist sehr wichtig, und Sie wissen Alle, dass sie grade bei dem Diabetes eine so grosse Rolle spielt. Nach den Erscheinungen zu schliessen, die man heute bei Diabetes findet, sollte man denken, dass die Acetonurie viel mit Eiweisszufuhr zu thun hat, und das würde ja auch mit den Zahlen übereinstimmen, die Dr. Schumann angegeben hat, dass bei grosser Einfuhr von Eiweiss mehr Aceton gebildet wird. Sie wissen Alle, dass man gerade im Diabetes, wo die Patienten an eine ausschliessliche Eiweisskost gehalten werden, am meisten Aceton antrifft and dass die Comaerscheinungen dadurch mehr oder weniger erklärt worden sind. Das ist auch der Grund, weshalb man in den letzten Jahren von ausschliesslicher Eiweisskost bei Diabetes zurückgekommen ist und dass man diesen Leuten auch Kohlehydrate erlaubt. Das ist wenigstens meine eigene Erfahrung. Ich gebe zwar keine grossen Mengen Kohlehydrate, aber erlaube immer kleinere Mengen.

Montag, den 2. April 1900.

Präsident Hermann G. Klotz eröffnet die Sitzung und der Secretär, Dr. John A. Beuermann verliest das Protocol der vorigen Sitzung, welches genehmigt wird.

Vorstellung von Patienten und Demonstration von Präparaten.

Dr. Jos. Wiener, Jr.: 1. Netztumor von einem 79jährigen Manne entfernt.

Dieses erste Präparat, dass ich Ihnen vorlegen möchte, ist meiner Meinung nach äusserst selten. Es stammt von einem 79jährigen Mann, der am 7. März nach dem Mt. Sinai Hospital kam. Die Krankengeschichte ist sehr interessant. Sie lautet wie folgt:

Patient von 79 Jahren hatte vor 4 Wochen einen heftigen Anfall von Schmerzen in der rechten fossa iliaca. Dieser Anfall dauerte 24 Stunden. Vor 4 Tagen wiederholte sich der Anfall. Kein Erbrechen; regelmässiger Stuhlgang. T. 101^4, P. 100, R. 24. Die Diagnose: Abscess in Folge von Appendicitis wurde gestellt. Bei der Operation zeigte sich kein Abscess, sondern eine Netzincarceration mit Torsion des Netzstieles. Trotz des Alters des Patienten war die Genesung eine rasche.

2. Gallensteine. Dieses zweite Präparat ist mehr vom diagnostischen Standpunkt interessant als vom chirurgischen, obwohl es ein rein chirurgischer Fall ist. Nachdem ich einen kleinen Bauchschnitt in der Mittellinie gemacht, konnte ich mich überzeugen, dass ich es mit der Gallenblase zu thun hatte und machte die gewöhnliche Incision für Gallenblase. Ich fand eine ungeheure grosse Gallenblase, die bis zum Nabel reichte, und diese 14, 15 Gallensteine, wovon einer der grössten im ductus cysticus ziemlich tief unten lag. Die Frau ist vollständig gesund und klagt jetzt über nichts mehr. Der Fall ist interessant, weil keine Symptome von Seiten der Gallenblase da waren und von verschiedenen Seiten die Diagnose bewegliche Niere gestellt war.

Discussion. Dr. John Schmitt: Ich möchte mir nur die Frage erlauben, warum der College nicht die lokale Eucain-Anaesthesie vorgenommen hat. Dieselbe leistet in solchen Fällen ausserordentlich gute Dienste.

Dr. Jos. Wiener, Jr.: Ich glaube, dass man durch Lachgas mehr Baucherschlaffung bekommt, als durch Eucain, und obwohl Eucain nicht so schädlich wie Cocain ist, so möchte ich doch einem 79jährigen Manne nicht viel Eucain einspritzen. Ich glaube, dass es doch viel schädlicher als Lachgas ist, und die Operation wäre lange nicht so leicht unter lokaler Anaesthesie ausführbar gewesen.

Dr. Franz Koempel: Einige Erfahrungen und Mittheilungen über Electrotherapie in der Gynäcologie mit specieller Bezugnahme auf Fibroma Uteri, mit Vorstellung von Patienten. (Der Vortrag ist in Nummer 4 dieser Monatsschrift publicirt.)

Discussion. Dr. F. Lange: Ich selber habe über die Ergebnisse der electrolytischen Behandlung bei Fibroma Uteri so gut wie gar keine Erfahrung. Ich habe seiner Zeit, als die

Apostoli'schen Aufsätze erschienen, auch Versuche damit gemacht, aber ich habe eigentlich keinen Fall zu verzeichnen, der einen zweifellos positiven Erfolg aufwiese. Ich habe allerdings damals die Patientin, die Dr. Koempel hier vorgestellt hat, gesehen und untersucht, und war auch der Ueberzeugung, dass es sich um ein recht beträchtliches Fibrom handelte. Ich dachte dennoch auch an die Möglichkeit, dass es etwas anders sein könnte, aber die Configuration, die Schmerzlosigkeit sprach doch dafür. Ich glaubte auch nicht, dass eine entzündliche Geschwulst in dieser Weise auf die Behandlung geantwortet haben würde, wie es der Fall war. Der Fall ist sehr interessant und beweist die mögliche Wirksamkeit der Behandlung. Es wird ja wohl darauf ankommen, die Fälle noch mehr zu differentiiren, in denen die Behandlung wirksam ist, und solche, in denen sie sich nachgewiesener Maassen als ziemlich wirkungslos erwiesen hat. Es ist wohl nicht anzunehmen, nach den vielen Versuchen, die nach Apostoli gemacht worden sind, dass die electrolytische Behandlung sich gleichmässig wirksam oder palliativ wirkend erweisen würde. Wir haben hier vor zwei Jahren einmal eine Discussion über dasselbe Thema gehabt, und alle die Herren, die anwesend waren und gleichzeitig eine Gelegenheit gehabt hatten, solche Fälle zu sehen, sprachen sich damals ziemlich absprechend darüber aus. Das beweist aber nicht viel. Die Technik dabei ist ja etwas sehr Wesentliches. Dr. Koempel hat, wie es scheint, mit verhältnissmässig kleinen Strömen gearbeitet; während Apostoli bis 115 oder gar 200 milliampères gebraucht hat, hat Dr. Koempel verhältnissmässig sehr schwache Ströme gebraucht und häufige Applicationen gemacht. Es ist ja möglich, dass darin etwas liegt. Ich habe unlängst Gelegenheit gehabt, eine Dame wegen grösseren Fibroms zu operiren, an der auch electrische Behandlung versucht war, aber ohne Erfolg. Ich weiss nicht, in welcher Weise sie versucht war. Jedenfalls sind nach dem Vortrag des Dr. Koempel weitere Versuche in der von ihm dargelegten Weise zu empfehlen. Die Fälle sind ja gewiss sehr interessant.

Dr. Franz Foerster: M. H., wir sollten dem Vortragenden dankbar sein, ein Thema wieder in Anregung gebracht zu haben, das uns so viele Jahre beschäftigt hat und welches nun fast allgemein von Gynäcologen und Fachleuten aufgegeben ist. Wir können ihm anderseits gratuliren für die schönen Resultate, die er uns heute vorführte. Der Vortrag erinnert einen unwillkürlich an den Enthusiasmus, mit welchem vor 8 oder 10 Jahren solche Fälle, die in Besserung übergegangen sein sollen, hier und in andern Gesellschaften vorgetragen wurden. Wie Sie sich erinnern, haben die Gynäcologen sich damals alle mit grossem Eifer auf das Feld der Electrolyse geworfen, und jeder Einzelne von uns hatte Anfangs anscheinend recht günstige Resultate aufzuweisen. Wir glaubten damit sicher der Hysterectomie, die damals mit grösseren Gefahren verknüpft war, als heutzutags, eini-

germassen entgegentreten zu können. Ich persönlich habe, nicht in dieser Gesellschaft, aber in anderen, eine ganze Reihe von anscheinend günstigen Resultaten vorgeführt, hauptsächlich in der symptomatischen Behandlung. Es ist einfach erstaunlich, wie oft auf die erste Anwendung schon die dringendsten Klagen und Beschwerden sich nach allen Richtungen hin prompt heben. Es wurde damals, als wir damit experimentiren, eine Stromstärke von 50—60 Milli-Ampères angewendet, und so viel ich weiss, hat A p o s t o l i selbst grösscre Stromstärken selten gebraucht, sicher nicht in solchen Fällen, wo dadurch irgend wie Schmerzen verursacht wurden, sondern wie wir hat auch er seinen Weg darin gefühlt. Von der Behandlung mittelst Punctur denkt der Vortragende selbst nichts. Wir haben leider alle böse Erfahrungen damit durchmachen müssen. Im Uebrigen sind wir damals schon in derselben Weise vorgegangen und haben mit denselben Instrumenten gearbeitet, wie der Vortragende. Es war eine ganz ähnliche Sonde, wie die vorgezeigte damals in Gebrauch, sie wurde unter denselben Cautelen, wie angegeben, eingeführt. Das Resultat war allerdings in vielen Fällen günstig, aber ich habe auch ungünstige Fälle gesehen, und zwar in der grossen Mehrzahl, sodass ich wie andere das Verfahren aufgegeben und die Zellen der Batterie habe austrocknen lassen. In den Offices der meisten Gynäcologen steht wohl noch heute der Apparat, aber die Zellenverbindung ist gewöhnlich abgeschnitten.

Die schlechten Wirkungen, die ich gesehen habe, bestanden hauptsächlich in Veränderung der Tumoren, d. h. cystischer Entartung. Ohne dass Punctur vorgenommen wurde, haben sich bei dieser electrischen Behandlung in den Fibromen Cysten gebildet und haben sich entzündliche Vorgänge abgespielt, welche die Operation, die nachher nöthig wurde, zu einer schwierigeren machte, als sie vorher gewesen wäre. In gewissen Fällen war die Rückbildung der Tumoren besonders im Anfang auffallend, aber dann ist gewöhnlich ein Stillstand eingetreten. Ob wir vielleicht den galvanischen Strom nicht so fleissig in Anwendung brachten, wie der Vortragende, das möchte wohl sein. Wir wandten den Strom gewöhnlich zweimal wöchentlich an und glaubten, damit Allem zu genügen. Ich glaube persönlich auch, dass in passenden Fällen etwas mehr zu erreichen ist, als blos Besserung der Symptome, und dass wir in einem grösseren Procentsatz von Tumoren eine Rückbildung durch die A p o s t o l i sche Behandlung erzielen könnten, aber dass wir zugleich immer eine gewisse Gefahr laufen, von der ich schon gesprochen habe.

Um auf den ersten Fall zurückzukommen, den Dr. L a n g e untersucht hat, in dem es sich um einen grösseren Tumor handelte, anscheinend um ein grosses Fibrom, welches in das Becken eingebettet war, unbestimmt in seinem Umfang, möchte es sich da, nachdem doch die Pyosalpinx sich entleert, nicht um alte Schwarten gehandelt haben? Gerade in solchen Fällen habe ich persönlich gesehen, dass sich die ganze Region wunderbar schön

aufklärte nach einigen Anwendungen des electrischen Stromes. Dass es sich in diesem Fall um Fibrom handelte, will ich hiermit nicht bestreiten, doch musste ich daran erinnern, dass Schwarten, die Entzündungsproducte, unter galvanischer Behandlung sehr schnell resorbirt werden. Ich betone wieder, dass ich glaube, dass wir in der Electrolyse, überhaupt in Anwendung des galvanischen Stroms für gewisse Fälle ein wirksames Heilverfahren besitzen, aber es ist auch angezeigt, dass der betreffende Arzt sich speciell damit befasst, da es sich für den Gynäcologen, der hauptsächlich eine operative Richtung verfolgt, in Anbetracht seiner allgemein günstigen Resultate, kaum verlohnt, sich damit abzugeben, da die Zahl der Fälle, wo das betreffende Vorgehen passt, doch verschwindend klein ist.

Dr. Hiram N. Vineberg: Ich stimme in der Hauptsache mit dem überein, was Dr. Foerster soeben gesagt hat. Ich habe eine ziemlich grosse Erfahrung mit der Behandlung gehabt, bin aber nie enthusiastisch dafür eingetreten, wie viele Andere, und habe das Verfahren ganz aufgegeben. Ich war immer und bin auch heute noch der Ansicht, dass das Verfahren in einer gewissen Classe von Fällen indicirt ist. Ich erinnere mich des Falles einer Frau, die einen schweren Herzfehler hatte und bei der eine Operation nicht angezeigt gewesen wäre. Mit Hülfe der galvanischen Behandlung war ich im Stande, die Blutung zu stillen, und die Frau befand sich mehrere Jahre hindurch ganz erträglich, bis sie plötzlich infolge ihres Herzfehlers starb. — Ich hatte in der Office eine unangenehme Erfahrung. Eine Frau wurde mit ungefähr 50 m.A behandelt, als sie plötzlich ganz cyanotisch wurde und ihr Puls so unregelmässig, dass ich fürchtete, sie würde auf dem Tische sterben.

Ich stimme mit dem Vortragenden damit überein, dass in gewissen Fällen von Dysmenorrhoe die galvanische Behandlung einen bessern Erfolg haben wird, als irgend eine andere Behandlung. Die Fälle müssen sorgfältig ausgewählt werden. Zunächst muss festgestellt werden, dass der Zustand nicht von den Adnexa ausgeht. In solchen Fällen mag der Galvanismus ein gutes Resultat ergeben. Ich muss jedoch meinen Zweifel ausdrücken in Betreff des Erfolges bei einigen Fällen, über die Dr. Koempel berichtet hat. Insbesondere hat er über einen Fall mit einem kleinen Stiel berichtet. Es scheint mir durchaus nicht wahrscheinlich, dass die Anwendung des Stroms durch die Schleimhaut bei einem Gewächs, welches nur durch einen kleinen Stiel an den Uterus geknüpft ist, irgend etwas ausrichten könnte.

Als ich einige Wochen bei Dr. Apostoli in Paris zubrachte, bemerkte ich, dass seine Diagnose oft falsch war. Er diagnosticirte oft Fibroide, wenn es sich um einen andern Zustand handelte. Ich habe da viele Fälle gesehen, aber nicht einen einzigen, in welchem der Tumor unter der Behandlung vollständig verschwand. In einigen Fällen, welche eine lange Zeit hindurch behandelt worden waren, hatte sich die Grösse des

Tumors, wie er behauptete, etwas verringert, aber er behauptete nicht, dass der Tumor ganz verschwunden sei.

Dr. John A. Schmitt: Es giebt wohl kein Thema im Gebiet der Gynäcologie, in welchem ein solcher Widerspruch herrscht, wie in der Behandlung der Myome. Während Apostoli behauptet, dass jedes Myom durch galvanische Behandlung verschwindet, giebt es eine ganze Reihe von Aerzten, welche das grade Gegentheil behaupten. Wie diese widerstreitenden Ansichten vereinigt werden können, ist schwierig zu entscheiden. Es müsste jeder einzelne Fall von 3 bis 4 Aerzten untersucht werden, um über die Diagnose Einigung zu erzielen, ehe zur Behandlung selbst geschritten würde. Der Erfolg der electrischen Behandlung müsste dann wieder geprüft werden. Gegen Apostoli selbst wurde seiner Zeit eine grosse Menge von Vorwürfen gerichtet, namentlich in Bezug auf die Diagnose, und wenn man bedenkt, wie häufig man sich bei Patienten, namentlich in Bezug auf Tumoren irren kann, so werden Sie leicht begreifen, dass auch bezüglich der erfolgreichen Therapie sehr leicht Trugschlüsse stattfinden können. Namentlich sind es die entzündlichen Exudate, die im Lauf der Zeit zu steinharten Knollen zusammenschrumpfen, die sehr leicht Veranlassung zu dem Irrthum geben, als ob es sich um Myome handelte. Ich kann mir leicht vorstellen, dass mit dem Gebrauch der Electricität solche harte Exudate mit der Zeit zum Verschwinden gebracht werden. Es giebt Formen von chronischer Metritis, in denen der Uterus hart und an seiner Oberfläche uneben höckerig ist. Eine Verwechselung mit kleinen Myomen ist leicht möglich und eine erfolgreiche electrische Behandlung in solchen Fällen nicht ausgeschlossen.

Dr. Koempel hat es unterlassen, differential-diagnostisch die Tumoren des Uterus etwas näher hervorzuheben. Die Erfolge, welche durch galvanische Behandlung erzielt worden sind, beziehen sich hauptsächlich auf fibröse und muskuläre Tumoren, während die sog. adenomen Myome, jene, die auf Grund von Ueberresten des Wolff'schen Körpers entstanden sind, die namentlich auch zu Hohlräumen in Innern des Tumors und zu gewaltigen Geschwülsten führen, durch die Electricität nicht beeinflusst werden.

Bezüglich des Erfolges, den Dr. Koempel bei Anteflexion und Dysmenorrhoe erwähnt hat, möchte ich noch etwas bemerken. Auch hier können wir den Erfolg auf doppelte Weise erklären. Durch Einführung der galvanischen Sonde findet immer eine Dilatation des Cervix statt, und wir haben denselben guten Erfolg durch einfache Sondenbehandlung bei Dysmenorrhoe. Sie haben gewiss Alle selbst erfahren, dass die Sondenbehandlung bei Dysmenorrhoe, wie sie von Schroeder eingeführt wurde, in vielen Fällen erfolgreich ist.

Trotz alledem ist es aber in geeigneten Fällen, namentlich bei

Patientinnen, die absolut eine Operation verweigern, angezeigt, die electrische Behandlung zu versuchen.

Dr. Franz Koempel (Schlusswort): Ich glaube, es ist kein Zweifel, dass ich mich in den beiden ersten Fällen absolut nicht habe irren können. Ich habe die Frauen genau und sorgfältig untersucht und mehrmals untersucht, um mich vollständig zu vergewissern. Wie ich Ihnen selbst gesagt habe, sind Andere mit einem gewissen Misstrauen an die Behandlung herangegangen, aber exempla demonstrant. Die Frauen kommen in die Office und leiden sehr und wollen Erleichterung haben. Sie schlagen eine Operation vor. Der grösste Theil wird sie Ihnen verweigern. Ich habe dann die Herren sagen hören: "I cannot do anything for you." Was wollen Sie dann thun? Warum wollen Sie nicht einen Versuch mit der Electricität machen? In den ersten paar Wochen ist der Erfolg gut. Sie werden einen bedeutenden Rückgang der Symptome kennen lernen, und damit haben Sie den Frauen schon sehr viel Gutes gethan. Dieselben sind meist zufrieden, wenn sie auch das Fibrom nicht loswerden, dass sie von ihren Schmerzen, den Blutungen und den Blasenbeschwerden befreit werden. Ich wollte nur den allgemeinen Praktikern eine Methode an die Hand geben, wie sie in Fällen, welche unter ihre Beobachtung kommen, bevor sie zur Operation übergehen und die Sache dem Specialisten überweisen, doch wenigstens den Versuch machen können, eine entweder vollständige oder symptomatische Cur zu schaffen, und ich bin vollständig überzeugt, dass Sie dabei grosse Befriedigung finden werden, vorausgesetzt, dass Sie die nöthige Geduld entwickeln und, wie gesagt, nach der von mir angegebenen Weise vorgehen. So viel ich mich auch in der Literatur umgeschaut habe, ich habe selten eine klare Darlegung der Art und Weise gefunden, wie die Electricität angewendet werden soll. In den meisten Fällen ist nicht angegeben, ob der negative oder positive Pol angewendet wird. Ich halte es für wichtig, dass der negative Pol in den Uterus eingeschoben wird. Nur wo Blutung da ist, rathe ich den positiven Pol solange zu gebrauchen, bis er seine bekannte coagulirende Wirkung auf das Blut ausgeübt hat, und dann wieder langsam auf den negativen Pol überzugehen.

Was die Bemerkung des Vorredners anbelangt, so bin ich der Ansicht, dass bei Dysmenorrhoe die Behandlung mit der negativen Sonde besser ist, als mit der gewöhnlichen. Ich bin damit in den Uterus hineingekommen, wo es mir mit der gewöhnlichen Sonde nicht gelungen ist. Wer das einmal gethan hat, wird sehen, wie glatt und elegant die Sonde eindringt, wo eine relativ dünne Stahlsonde früher nicht eingedrungen ist. Dann ist es natürlich leichter mit einer andern Sonde einzugehen, und Sie haben ihren Zweck viel eher erreicht.

Wie ich bereits in meinem Vortrag erwähnt habe, habe ich nicht ein einziges Mal ein ungünstiges Symptom, Nachschmerzen oder Infection erlebt. Ich möchte die Herren nochmals dringend

ersuchen, wenn solche Fälle in Ihre Behandlung kommen, die Methode einmal zu versuchen. Ich bin fest überzeugt, dass noch eine ganze Reihe von Erfolgen auftreten wird, und es bedarf nur einer Reihe genauer systematischer Beobachtungen und Untersuchungen und der Zusammenstellung derselben, um dann ein endgültiges Urtheil abzugeben, welches bis jetzt noch nicht gefällt ist.

Dr. A. Rose: Verbesserter Gastroptosenverband. Als ich in der letzten Sitzung über Gastroptosenverband sprach, machte mich Dr. L. Weber darauf aufmerksam, dass ein Zinkpflaster von Unna existire, mittelst dessen man alle Uebelstände, welche das gewöhnliche Heftpflaster mit sich bringt, Reiz der Haut und Eczembildung, sehr wohl verhüten könne. Ich habe dies Pflaster seitdem probirt und es ausgezeichnet gefunden. Man legt zuerst das Unna'sche Pflaster an, mit diesem kann man allerdings keinen Zug ausüben, wie mit dem gewöhnlichen Gummipflaster, aber es eignet sich sehr wohl dazu, die Haut zu schützen. Das ist alles, was ich Ihnen zu sagen habe, indem ich Ihnen eine Probe des Pflasters herumreiche.

Präsident Dr. Hermann G. Klotz: Die Abstimmung hat ergeben, dass Herr Dr. A. Jacobi zum Ehrenmitglied erwählt wurde, und die Kandidaten Dr. Ralph J. Jacoby und G. T. Mundorff zu ordentlichen Mitgliedern der Gesellschaft.

Ich habe Sie ferner noch vom Ableben zweier unserer Mitglieder in Kenntniss zu setzen. Der eine ist Dr. William Hassloch, dessen Tod mir in der letzten Sitzung noch nicht bekannt war und der am 10. Februar im Alter von ungefähr 63 Jahren an Magenkrebs gestorben ist. Der zweite ist Dr. Hans Rudolf Hoffmann, der in Union Hill ansässig war und der am 18. März an Pneumonie gestorben ist. Derselbe war verhältnissmässig kurze Zeit hier ansässig, hat aber die Sitzungen unserer Gesellschaft regelmässig besucht und sich gewiss viele Freunde unter den Mitgliedern erworben. Ich fordere Sie auf, das Andenken der verstorbenen Mitglieder durch Erheben von den Sitzen zu ehren. (Die Versammlung erhebt sich.)

Schluss und Vertagung.

Dr. John Beuermann, Prot.-Secretär.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt Cleveland, O.

Sitzung vom 5. April 1900.

Vorsitzender: Dr. T. Stotter.

Demonstrationen. Dr. Belkowsky stellt eine junge Dame (Clavierspielerin) vor, die über Schmerzen in beiden

Händen, besonders bei Bewegungen klagt. Als Krankheitsätiologie sieht Belkowsky eine Tendovaginitis crepitans, veranlasst durch häufiges Clavierspielen. Bei Beugung der beiden Handgelenke erhält man ein knackendes Geräusch. Therapie: Aussetzen des Clavierspielens; Massage. Dr. Löwenthal hält diese Erkrankung für den acuten Beginn des sogenannten Clavierspielerkrampfes (Beschäftigungsneurose) und glaubt, dass sich an diese schmerzhaften Zustände ein chronisches, respective längere Zeit dauerndes Stadium anschliessen wird. Leichtes Ermüden und besonders immer beim Spielen an bestimmten Stellen des Armes auftretende Schmerzen bilden die Symptome dieser Erkrankung.

Dr. Belkowsky demonstrirt sodann einen kräftigen Mann im mittleren Alter. Derselbe klagt schon seit zwei Jahren über Schmerzen und Schwellungen in den unteren Extremitäten. Die Schmerzen beginnen an der mittleren Zehe des rechten Fusses, gehen dann über in das Calcan-Tibia-Dorsalgelenk, dieselben sind wie die dabei auftretenden Schwellungen nur vorübergehend und beeinflusst von dem Wechsel der Witterung. Belkowsky schliesst Rheumatismus, Knochentuberculose, Syringomyelie wegen des Fehlens weiterer Symptome vollständig aus; er ist der Ansicht, dass, da Patient an beiderseitigem Plattfusse leidet, diese Schmerzen durch diesem Zustande verursacht werden (während der Nacht ist Patient stets schmerzfrei) und glaubt in einer richtigen Anpassung des Schuhwerkes liege die beste Therapie.

Dr. Humiston glaubt ebenfalls nicht an Rheumatismus; vielleicht handle es sich um eine Neuritis.

Tagesordnung. Vortrag. Dr. C. B. Humiston: Ein Fall von vollständigem Fehlelr der Vagina; künstliche Anlage derselben; später Schwangerschaft und wegen der bestehenden Atresia Entbindung durch Sectio Caesarea. (Vortrag wird in der nächsten Nummer der „Monatsschrift" erscheinen.)

Sitzung vom 19. April 1900.

Vorsitzender: Dr. T. Belkowsky für den erkrankten Präsidenten Dr. T. Stotter.

Dr. M. Kahn berichtet über einen Fall von Fractura basis cranii: Ein 34jähriger, kräftiger, stets gesunder Mann fiel am 4. d. Mts. Abends 8 Uhr nach rückwärts ungefähr fünf Stufen von der Treppe herab und wurde auf dem rechten Ohr liegend in bewusstlosem Zustande aufgefunden. Ich sah Patient Nachts 11 Uhr, fand ihn in tiefster Bewusstlosigkeit, die nur zeitweise von Stöhnen unterbrochen war, mit schnarchender, etwas oberflächlicher Athmung; dabei Blutung aus dem rechten Ohr, dem rechten Nasenloche und aus dem Rachen. Bei zeitweisen Hustenstössen trat eine jedesmalige Vermehrung der Blutung ein. Puls war jedoch auffallender Weise gut, 80 in der Minute, voll, ziemlich kräftig und regelmässig. Patient nahm die passive Rücken-

lage ein, Koth und Urin gingen unwillkürlich ab; Pupillen erweitert, träge Reaction derselben; Reflexe normal; Lähmungen nicht vorhanden. Dem Patienten per os etwas Flüssigkeit zuzuführen war nicht möglich. Am ganzen Schädel war nirgends eine Wunde, nirgends die Zeichen einer Contûsion oder Fractur zu entdecken. Zwei Möglichkeiten waren hier vorhanden; entweder, was wahrscheinlicher war: eine Schädelbasisfractur oder eine starke Commotio cerebri. Die obengenannten Symptome stimmten für beide Zustände; jedoch die Blutung aus Ohr, Nase und Mund begünstigten die Annahme einer Schädelbasisfractur, wenn auch andere typische Symptome fehlten. Ich verordnete Eisbeutel resp. Eisumschläge hinter das rechte Ohr, sowie auf die Stirngegend; in den rechten äusseren Gehörgang legte ich etwas Iodoformgaze und legte darüber einen Verband an, um dem Eindringen von Infectionserregern Widerstand zu leisten. Ausser Ruhe wurde sonst nichts verordnet; von Seiten des Herzens war vorderhand kein Alarm zu befürchten und daher kein weiteres Einschreiten nothwendig. Am andern Morgen war so ziemlich derselbe Zustand vorhanden, die Blutung aus Mund und Nase hatte sistirt; nur aus dem rechten Ohre sickerten einige Tropfen ab. Eine vorsichtige Untersuchung des Ohres ergab Ruptur des Trommelfelles. Gegen Abend war der Puls 70, kein Fieber; Patient noch comatös, jedoch auf Anfragen und Anrufen öffnet er jetzt die Augen; erkennt jedoch seine Umgebung nicht. Freitag, den 6. April: Patient theilweise bewusstlos, viel schlafend; kein Fieber. Puls jedoch nur 52 in der Minute. Diese Pulsverlangsamung als ungünstiges Zeichen auffassend, schlug ich eine Consultation mit einem Chirurgen vor und sah des Nachmittags mit Dr. D. Allen den Patienten. Allen bestätigte die Diagnose: Schädelbasisfractur; war mit dieser exspectativen Therapie einverstanden und sprach sich einstweilen gegen einen operativen Eingriff aus. Die Prognose wurde als dubia, jedoch nicht als hoffnungslos gestellt. Da auf Klystire kein Stuhl erfolgt, verordnete ich des Abends Calomel. Am vierten Tag fand ich, dass in der rechten Arteria radialis der Puls fehlte, diese Erscheinung war an derselben Seite vorhanden, wo die Fractur existirte; es handelte sich wohl um eine Embolie; zwei Tage später war der Puls, wenn auch fadenförmig, wieder zu fühlen. Der Sitz der Fractur dürfte wahrscheinlich die untere Fläche der pars petrosa des Schläfenbeins sein. Die Schädelfracturen verlaufen stets, wie Experimente erwiesen, in der Richtung der einwirkenden Gewalt oder parallel zu derselben. Bei einem heftigen Falle direct auf das Ohr ist dieser Sitz wohl auch zu erklären, auch die Ruptur des Trommelfelles führt uns auf den Weg, von wo aus die Gewalt eingewirkt. Der weitere Verlauf der Fractur war ein günstiger. Am sechsten Tage war das Bewusstsein vollständig zurückgekehrt; Stuhl und Urin gehen regelmässig von statten; Patient verlangt nach Speise und Trank; niemals Temperatursteigerung, keine Lähmung der Extremitäten oder von

Seiten der Gehörnerven; nur einige Tage konnte ich beobachten, dass die Zunge etwas nach links zugewandt herausgestreckt wurde, sowie auch eine minimale Linksstellung der Uvula. Vom sechsten Tage ab täglich Zunahme der Pulsfrequenz, zuerst 60, dann 64, seit dem 19. April, also 15 Tage nach der Verletzung, 76—80, nur an der rechten Radialis ist der Puls, zwar in derselben Frequenz, jedoch immer noch schwächer und kleiner zu fühlen als in der linken Arterie.

Kahn erblickt den günstigen Verlauf dieses Falles hauptsächlich in der exspectativen Behandlung. Er warnt vor den oft angewandten antiseptischen Ausspülungen des Ohres; dadurch wird gerade eine der Hauptgefahren bei derartigen Verletzungen, die secundär traumatische Meningitis herbeigeführt. Im Uebrigen bestand die Therapie aus Eisblase, Ruhe, flüssiger Diät und der Sorge für regelmässige Entleerung des Stuhles und des Urins.

Tagesordnung. Vortrag des Herrn Dr. Rosenberg: Bedeutung eines Verbandes deutscher medicinischer Vereine in den Vereinigten Staaten.

(Dieser Vortrag erschien in der Juninummer der „New Yorker Medicinischen Monatsschrift" und steht der allgemeinen Discussion offen.)

Dr. Kahn, Secretär.

Therapeutische und klinische Notizen.

— Das *Petroleum*, ein neues Mittel in der Behandlung gewisser Hauterkrankungen. Abgesehen von einigen überaus hartnäckigen Eczemformen ist zunächst die Psoriasis vulgaris unter den verschiedenen Dermatosen diejenige, welche unseren therapeutischen Einflüssen am hartnäckigsten Trotz bietet. Wohl erweisen sich die verschiedenen Theerpräparate in solchen Fällen sehr wirksam, können jedoch oft wegen ihrer unangenehmen Nebenwirkungen und den ihnen anhaftenden Schädlichkeiten nicht in erforderlichem Maasse zur Anwendung kommen. Das von der chemischen Fabrik G. Hell & Co. in Troppau in Verkehr gebrachte Petrolan, eine Mineralöl-Seifenmischung, ist frei von allen schädlichen Nebenwirkungen und hat sich, wie Frieser (Wien) mittheilt, in einer Reihe von Fällen als überaus wirksames und nützliches Präparat erwiesen, welches das Naftalan nach jeder Richtung zu ersetzen vermag, ja in manchen Fällen wegen der sicheren und raschen Wirkung vor diesem den Vorzug verdient. In einer Reihe von Fällen, bei acutem und chronischem Eczem, sowie bei Psoriasis und anderen Dermatosen angewendet, hat das Petrolan befriedigende Heilerfolge ergeben, so

dass dasselbe besonderes Interesse und Beachtung verdient. Es wirkt milde und ziemlich verlässlich, verursacht keine Reizzustände, wie der Theer, das Chrysarobin, Pyrogalol u. a. und erzeugte niemals Dermatitis, auch dann nicht, wenn es energisch angewendet und lange Zeit gebraucht wurde. Insbesondere kommt seine kräftig antiseptische und vorzügliche austrocknende Wirkung in Betracht, wobei überdies noch die unverkennbar schmerzlindernden Eigenschaften des Petrolans, wie sie bei Brandverletzungen beobachtet wurden, hervorgehoben werden müssen. Bemerkenswerth ist, dass in einigen Fällen acuter Dermatosen, durch das Petrolan die Spannung, Röthung und schmerzhafte Empfindlichkeit an der Haut, eine entschiedene Besserung erfahren haben und der Juckreiz oft schon nach einmaliger Application gänzlich behoben war. Das Petrolan ist ein bräunlich-schwarzer Salbenkörper, der sich leicht und ziemlich vollkommen in die Haut einreiben lässt und von geringem, gar nicht unangenehmen Geruch ist. F. wendet das Petrolan in der Weise gewöhnlich an, dass er es messerrückendick auf Leinwandlappen aufgestrichen, auf die erkrankten Stellen legen lässt, so dass dieselben ganz bedeckt werden, worüber noch zweckmässig ein leichter Druckverband gemacht werden soll. Vor Application eines neuen Verbandes ist es angezeigt, den Kranken ein Bad nehmen zu lassen, oder die betreffenden Hautpartien mit lauwarmen Wasser gründlich zu reinigen. F. hat das Petrolan bisher in 14 Fällen (Psoriasis, Sycosis, Scabies, Verbrennungen, Eczem, Acne rosacea, Prurigo, Lichen) verschiedener Hautaffectionen mit sehr gutem Erfolge in Anwendung gebracht. (Aerztl. Central-Zeitung 1900, No. 15, ref. in Therap. Revue der Allg. Wiener med. Ztg. 1900, S. 17.)

— Ueber *Protargol in der Augenheilkunde.* In der Soc. imper. de méd. de Constantinople äusserte sich Dr. Jean Bistis über die therapeutische Verwendung des Protargols zu ophthalmologischen Zwecken folgendermassen: 1. Das Protargol dringt in die Tiefe der Gewebe und entfaltet hier seine bactericide Wirkung; Cornea-Infiltrationen führt es nicht herbei, wie solche infolge zu energischer Anwendung des Arg. nitric. vorkommen. 2. Es veranlasst fast gar keine schmerzhafte Reizung und seine Anwendung kann weniger geschickten Händen überlassen werden. 3. Der Heilwerth des Protargols ist dem des Arg. nitr. überlegen bei allen Entzündungen der Conjunctiva mit starker (schleimiger oder eitriger) Secretion; letzteres kann daher durch ersteres ersetzt werden. 4. Bei den suppurativen Dacryocystiden, die allen Medikamenten trotzen, haben wir im Protargol ein sicheres Mittel, um, wenn auch nicht vollkommene Heilung, so doch wesentliche Besserung damit zu bewirken. Die chirurgische Behandlung, Exstirpation des Thränensackes, deren B. sich bisher in ausgedehntem Maasse bedient hat, dürfte durch das Protargol sehr eingeschränkt werden. (Deutsche Med. Ztg. No. 9, 1900, ref. ibidem.)

— Prof Stetter spricht in einem sehr bemerkenswerthen Artikel (Berliner) Klin. Wochenschr. No. 38, 1899) die Ueberzeugung aus, dass *die nicht operative Behandlung bei chronischer Mittelohreiterung* mit oder ohne Granulationen selbst in den Fällen noch Gutes leisten kann, bei denen alle Indicationen für die Radicaloperation vorhanden zu sein scheinen, dass es daher Pflicht eines jeden Arztes sei, zuerst conservative Maassnahmen zu ergreifen, ehe er zur Operation räth. Nach St. umfasst die conservative non-operative Therapie der chronischen Mittelohreiterung mit Trommelfellperforation folgende Punkte: 1. Sorgfältige Reinigung des Gehörganges und Mittelohres mittels eines in Lysollösung getauchten Wattebausches — nicht mit der Spritze — und im Falle der Anwesenheit zähen Eiters nach vorheriger Anwendung von

Solut. Kal. jodat. 2.0:100.0
Lysol. pur. gtts. XX.

Alsdann wird ein Tampon von Chinolin-Naphtholgaze bis zum Mittelohr eingeführt und Anfangs täglich 2—3 Mal, später etwas seltener gewechselt, je nach der Menge des vorhandenen Eiters. 2. Beseitigung der foetiden Secretion durch den täglich dreimaligen Gebrauch von

Menthoxol.
Aquae āā

und nachfolgende Einführung der Chinolin-Naphtholgaze. 3. Beseitigung der Granulationen mittels Schlinge, Galvanocaustik oder Trichloressigsäure.

Periostitis des Processus mastoideus allein indicirt nicht nothwendiger Weise die Radicaloperation. Wenn die Applicirung einer Burow'schen Compresse für die Dauer von zwei Tagen wirkungslos geblieben ist, ist zunächst der Wilde'sche Schnitt am Platz, durch welchen allein oft sehr gute Resultate erzielt werden.

— Gegen *Migräne* wird folgende Verordnung empfohlen:

Rp. Coffein. citric. 0.1
Kryofine
Sacchar. lact. āā 0.3

D.S. Eine Dosis, wenn nöthig zweistündlich wiederholt.

Gegen *Foeter ex ore:*

Rp. Natr. bicarb.
Sacchar.
Acid. salicyl. āā 4.0
Menthoxol. (25%) 120.0

M.D.S. Ein Theelöffelvoll auf ein Glass Wasser zum Ausspülen des Mundes.

Gegen *Kopfschmerzen*

Rp. Salol. 0.5
Phenacetin. 0.5
(vel Kryofine 0.2)

Coffein. citric. 0.2
M. f. pulv. D. tal. dos. No. XII.
S. Zweistündlich ein Pulver.
(Therap. News, 1900, pg. 31.)

— Ueber Therapie der *Emesis und Hyperemesis gravidarum* äussert sich Dr. Eduard Dirmoser (Wiener med. Wochenschr., 5. Mai 1900, No. 19) folgendermassen: Ausgehend von der Erwägung, dass die Emesis gravidarum, als Reflexneurose beginnend, in ihrer weiteren Entwicklung als Hyperemesis die Erscheinungen einer Autointoxication aufweist, wird die Therapie eine solche sein müssen, die im Magendarmtractus gebildeten Gifte aus dem Körper zu eliminiren und ihre weitere Bildung zu verhindern. Dass eine Desinfection des Darmes in chirurgischem Sinne nicht erreicht werden kann, ist ohne Belang; denn es genügt ja, das Wachsthum der Giftbildner partiell oder womöglich total zu hemmen. Bei eintretender Nausea, welche oft den ersten Anhaltspunkt für die Diagnose Gravidität giebt, regle man die Diät und sorge für guten Stuhlgang. Tritt bereits Erbrechen ein, so soll die Frühmahlzeit liegend eingenommen werden. Prophylaktisch zum Zweck der Magendarmdesinfection und der Verhütung der lästigen Gasbildung wird Creosotal in Milch verabreicht (oder das besser schmeckende aber theuere Duotal). Den Werth der Creosottherapie bei Hyperemesis hat schon Kleinwächter vor vielen Jahren hervorgehoben. Die Creosotpräparate haben unstreitig bei gewissen Fällen einen eclatanten Erfolg, und zwar deshalb, weil sie Darmdesinficientia sind und die Intestinalintoxication bekämpfen. Freilich kann man sie nur bei leichteren Formen dieses Leidens anwenden, bei den schweren werden Medicamente nicht vertragen. Dort, wo die Creosotaltherapie aber mit Erfolg angewendet wird, haben wir es nicht mehr mit einer reflectorischen Form des Erbrechens zu thun, sondern es haben sich bereits Toxine gebildet, welche in ihrer Wirkung abgeschwächt oder aufgehoben wurden. Vor der Verabfolgung aller internen Präparate ist es nothwendig, für eine genügende Darmreinigung, sei es durch ein Laxans oder eine Darmirrigation, Vorsorge zu treffen. D. ist der Ansicht, dass die Anwendung der Darmantiseptica bei mancher Frau den Ausbruch der schwersten Allgemeinerscheinungen verhindert hat. Den Gegenbeweis zu führen, ist allerdings unmöglich. Thatsache ist, dass es dem Autor, seit er jede andere Therapie ausser der „antiseptischen" aufgab, in weit kürzerer Zeit gelang, das Leiden zum Guten zu wenden. So lange eine Patientin interne Mittel, wenn auch nur kurze Zeit, eine oder einige Stunden verträgt, leidet sie noch nicht an den schwersten Symptomen. Wird durch viele Tage lang per os nichts mehr vertragen und leiden die Patientinnen an ihrem Ernährungs- und Kräftezustand sichtlich, so lasse man alle Versuche mit internen Mitteln fort. Man reinige den Magen durch Spülung, den Darm mit hohen Hegar'schen Clysmen. Nach

dieser Reinigung wird die Ernährung per rectum eingeleitet, zweimal täglich ¼ Liter Milch mit 1 Eidotter. Jedem Nährclysma muss ein Reinigungsclysma vorangehen. Eintritt des Hungergefühls darf nicht zu consistenter Kost verleiten, sondern soll durch dreistündlich ¼ Liter Kefir oder saure Milch beruhigt werden. Nur sehr allmählich darf zu Fleischkost übergegangen werden. Jedenfalls soll ein Abortus als therapeutischer Behelf nicht früher in Anwendung gezogen werden, bevor nicht die oben angegebene Therapie versucht worden ist. D. hofft, dass seine Therapie den bisher in den schwersten Fällen von Hyperemesis als Heilbehelf in Anwendung gezogenen künstlichen Abortus gänzlich verdrängen werde.

Kleine Mittheilungen.

— Kiel. Dr. Hochhaus, Professor der inneren Medicin, wurde als Oberarzt für die innere Abtheilung des städtischen Krankenhauses zu Köln berufen und wird im Laufe dieses Semesters dem Rufe Folge leisten. Dr. Hölscher, Privatdocent für Chirurgie, wurde zum Oberarzt der chirurgischen Abtheilung des städtischen Krankenhauses zu Köln ernannt. Die Zahl der an hiesiger Universität in diesem Semester immatriculirten Studenten hat zum ersten Mal 1000 überschritten. Aus Anlass dieses freudigen Ereignisses veranstaltete die Stadt Kiel einen Commers, an welchem sämmtliche Professoren und eine grosse Anzahl früher hier immatriculirter Studirender theilnahmen. (Münch. med. Wochenschr. 1900, No. 22.)

— Die *Zulassung der Realgymnasialabiturienten zum medicinischen und juristischen Studium* wurde nun auch im preussischen Abgeordnetenhaus angeregt. Der Abgeordnete v. Knapp erhoffte bezüglich der Zulassung zur Medicin nach den entgegenkommenden Erklärungen des Staatssecretärs Grafen v. Posadowsky im Reichstage eine baldige befriedigende Lösung und sprach sich auch für Zulassung zum juristischen Studium aus: hervorragende Juristen hätten sich günstig darüber geäussert; die Einführung des neuen bürgerlichen Gesetzbuches erfordere in erster Linie practische, in den Verhältnissen des täglichen Lebens erfahrene Männer und solche versprächen die Realgymnasialabiturienten in höherem Maasse zu werden, als die Abiturienten des humanistischen Gymnasiums. Nach der Erwiderung des Ministerialdirectors Althoff ist diese Frage noch nicht abgeschlossen, zunächst hat sich vielmehr die preussische Regierung bezüglich des medicinischen Studiums mit anderen Regierungen in Verbindung gesetzt und die Zulassung unter der Voraussetzung einer

Ergänzungsprüfung im Lateinischen — anstatt wie bisher im Lateinischen und Griechischen — angeregt; auf die Zulassung zum juristischen Studium ging er, da nicht zu seinem Ressort gehörig, nicht ein.

Ueber die Petition mehrerer Studentinnen der Medicin um Zulassung zur Immatriculation und zu den Staatsprüfungen ging der Reichstag nach kurzer Debatte zur Tagesordnung über, da die Zulassung der Frauen zur Prüfung als Arzt, Zahnarzt oder Apotheker bereits durch Beschluss des Bundesrathes vom 24. April 1899 geregelt sei, im Uebrigen die Competenz des Reichstages mangele. Die vom Abgeordneten Oertel vertretene Petition um Wiedereinführung der Prügelstrafe fand, wie nicht anders zu erwarten war, die gleiche Erledigung. (Münchener Med. Wochenschr., 1900, No. 11).

— Chicagoer „Doctormühle." In Chicago wurden der Präsident, der Vice-Präsident und die beiden Secretäre des Metropolitan Medical College, West Van Buren Street, verhaftet. Genanntes Institut figurirt auch unter dem Namen Independent Medical College und National Law School, und es ist genügendes Beweismaterial vorhanden, dass dasselbe ärztliche und juristische Diplome zum Preise von 3 Dollars an bis zu 200 Dollars aufwärts verkaufte. Nach Aussage des Inspectors, der die Verhaftungen vornahm, ist das Institut eines der grössten Schwindelanstalten, die je existirten, und „Graduirte" desselben practiciren in allen Staaten der United States und sogar im Ausland. (Medical News, 1900, No. 23.)

Am 13. dieses Monats fand sich in der „N. Y. Staatszeitung" folgende Notiz: „Washington, 13. Juli. Das Generalpostamt erliess heute eine Ordre des Inhaltes, dass die Ablieferung von Briefen und anderen Postsachen an gewisse Chicagoer Anstalten, die die Schnellfabrikation von Doctoren der Medicin und der Rechte gewerbsmässig betreiben, bis auf Weiteres eingestellt werden soll. Kürzlich wurde im Bundesgericht Strafverfahren gegen die „National Law School," das „Independent Medical College," das „Metropolitan Medical College," und den „College-Präsidenten J. Armstrong eingeleitet. Die Anklage lautete: Verwendung der Post zu betrügerischen Zwecken. Die genannten „Lehranstalten" sollen ihren „Studenten" Doctor-Diplome auf Bestellung verkauft haben. Aufträge von auswärts wurden unter Vorausbezahlung prompt ausgeführt. Die Doctor-Fabriken machten gute Geschäfte, bis die Behörden auf ihr Treiben aufmerksam wurden. Die Postbehörden beantragten Strafverfolgung, und um die nöthigen Beweise beizubringen, ist die Beschlagnehmung der für jene Anstalte bestimmten Postsachen angeordnet worden. Die Ordre von hier beauftragt Inspector Gould, alle Postsendungen an jene „Law School" und „Medical Colleges" zu öffnen und solche Briefe, die Bestellungen auf Diplome enthalten, an die Absender zurückzuschicken, mit der Erklärung, dass während der

Dauer der Untersuchung die Ablieferung von Postsachen an die Angeklagten eingestellt ist."

— Lupus vulgaris. Dethlefsen hat bei einem sehr alten Fall von Lupus vulgaris (ulceröse Form) in zwölf Tagen sechsmal die Entfernung mit dem Chloräthyl-Spray vorgenommen. Dauer der Sitzung 1—2 Minuten. Binnen acht Tagen Ueberhäutung der ulcerirten und necrotisirten Partien. Die Procedur ist absolut schmerzlos; ob die Resultate von Dauer sind, müssen die weiteren Versuche lehren. (Hospitalstidende 1900, No. 1, ref. ibidem.)

Alle Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen, Manuscripte und Anfragen bezüglich des Inhalts sind zu richten an: Dr A Ripperger, 126 East 122d Street, New York City.

Schieffelin's Medicated Soaps

are made from pure, neutral, white soap, and contain no sugar, starch, silicate or filling material, and no coloring or pigment is added.

We guarantee that the percentage of medicament has been added as per label, and that the soap is thoroughly mixed. A descriptive pamphlet mailed to applicants.

Schieffelin & Co., New York.

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago und Cleveland.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XII. New York, August 1900. No. 8.

Erster internationaler Congress der medicinischen Presse.

Paris, den 26.—28. Juli 1900.

(Nach dem officiellen Bericht.)

Erster Tag, 26. Juli.

Die feierliche Eröffnung des Congresses fand 2 Uhr Nachmittags unter dem Vorsitze des Handelsministers, Herrn Millerand, im Presspavillon der Ausstellung statt. Zahlreiche Vertreter der medicinischen Presse, besonders auch des Auslandes, waren anwesend. Um 2½ Uhr erschien Prof. Virchow, gefolgt von den Professoren Cornil, Richet, Le Dentu, Gariel, Lucas Championnière, und wurde von allen Anwesenden enthusiastisch begrüsst. Sodann ergriff Prof. Cornil das Wort und bedankte sich zunächst bei allen, welche zu dem Zustandekommen und zur Organisation des Congresses beigetragen haben. Alsdann hiess er Virchow willkommen, der seit 60 Jahren in seinem „Archiv" die Elite der deutschen Gelehrten heranzog. Redner betonte ferner die Bedeutung und Ausdehnung der französischen medicinischen Presse, die zur Zeit rund 30,000 Leser zählt. Dies giebt einen Begriff von dem Fortschreiten der medicinischen Wissenschaft. Die medicinische Presse spiegelt das gesammte medicinische Leben wieder, sie muss den Arzt über seine Rechte und seine Pflichten auf dem Laufenden erhalten. Cornil's Eröffnungsrede wurde mit grosses Begeisterung aufgenommen.

Nach Cornil sprach der Handelsminister Millerand über die Aufgaben der gesammten Presse und der medicinischen Presse im speciellen und hiess die auswärtigen Congressmitglieder, und ganz besonders Virchow, willkommen und begrüsste sämmtliche Theilnehmer als „Bienfaiteurs de l'Humanité."

Prof. Landouzy ergriff hierauf das Wort im Namen der medicinischen Facultät. Er wies auf die Beziehungen hin, die zwischen der allgemeinen und der medicinischen Presse bestehen

und betonte, dass es speciell ein Mediciner, Th. Renaudot, war, der die französische Presse gründete. Nach einem kurzen historischen Ueberblick über die Entwicklung der französischen Presse hob Redner noch besonders hervor, dass es der medicinischen Presse zur grossen Ehre gereicht, stets zuerst die wissenschaftlichen und erst in zweiter Linie die Standesinteressen im Auge gehabt zu haben, obwohl auch die letzteren specielle Beachtung seitens der Presse verdienen.

Virchow beglückwünschte mit bewegter Stimme den Verband der französischen Presse zu der Idee, einen internationalen medicinischen Presscongress zu veranstalten und eine internationale Vereinigung zu gründen, umso mehr als er selbst vor nahezu 60 Jahren den Anstoss zur Schaffung eines internationalen wissenschaftlichen Verbandes gegeben habe. Er selbst schätze sich glücklich, in seinem Alter diesem Congresse der Repräsentanten der medicinischen Presse aller Länder beiwohnen zu können. Virchow's Rede wurde allgemein mit den wärmsten Beifallsbezeigungen aufgenommen.

Blondel giebt eine Uebersicht über die Arbeiten des Organisationscomités des Congresses. Letzterer selbst verdankt seine Entstehung der Initiative der französischen medicinischen Presse, die im Jahre 1898 den Beschluss gefasst hatte, aus Anlass der Ausstellung alle Repräsentanten der einheimischen und ausländischen medicinischen Presse zu einem Congresse zu vereinigen.

Zuletzt begrüsste in formvollendeter Weise Herr Lucien Victor Meunier als Vertreter der „grossen" Presse den medicinischen Presscongress.

Hierauf wird die Sitzung um 3 Uhr 15 Min. aufgehoben, um 3 Uhr 45 Min. wieder eröffnet und zur geschäftlichen Organisation geschritten. Zum Präsidenten des Pressbureaus wurde Prof. Cornil ernannt, zu Vice-Präsidenten die Herren Lucas Championnière und Richet, zum General-Secretär Dr. Blondel und zum Schatzmeister Dr. Cézilly. Zu Ehren-Präsidenten wurden die folgenden Herren ernannt: Virchow (Berlin), Posner (Berlin), Fraenkel (Wien), Spatz (München), Love (St. Louis, U. S. A.), Mathews (Louisville, U. S. A.), Jonnesco (Bukarest), Jolin (Stockholm, Hansson (Christiania), Valledor (Madrid), Baccelli (Rom), Bossi (Genua), Ceccherelli (Parma), Gallet (Brüssel), Podwyssotzki (Kiew), Ehlers (Kopenhagen), Tigerstedt (Kopenhagen) und Sprigg (London). Zu Ehren-Vicepräsidenten die Herren: Landouzy (Paris), Bourneville (Paris) und de Maurans (Paris). Die Secretäre sind: für England die Herren Smith und Fassett (St. Louis), für Italien die Herren Ceccherelli und Landi, für Frankreich die Herren Romme und Regnier, für Deutschland die Herren Pick und Schober.

Um 4 Uhr 15. Min. begaben sich die Congresstheilnehmer

auf einem Specialdampfboot in das Hotel de Ville, in welchem sie von den Herrn Grébauval, Präsident des Conseil municipal de Paris, und Lépine, Polizeipräfect, empfangen und begrüsst wurden, wobei wiederum Virchow's mit besonderer Auszeichnung gedacht wurde. Alsdann wurde ein Glas Champagner angeboten und die Theilnehmer am Congresse sprachen sich über den Verlauf des ersten Tages und über den ihnen zu Theil gewordenen Empfang ganz entzückt aus.

Zweiter Tag, 27. Juli.

Vormittagssitzung.

Die Sitzung beginnt um 9½ Uhr Morgens und wird, wie die späteren Sitzungen im grossen Amphitheater der Ecole Pratique de la Faculté de Médecine abgehalten. Es sind ca. 60 Personen, darunter einige Damen, anwesend. Ehrenpräsidenten der Sitzung sind: Posner, Gallet, Love, Jonnesco und Jollin. Der Präsident des Congresses, Prof. Cornil, eröffnet die Sitzung. Mendizabal beglückwünscht im Namen der nationalen Academie der Medicin von Mexico und im Namen seines Journales, der Gaceta medica, die Veranstalter des Congresses zu ihrem Werke und weist auf die vornehme und mächtige Stellung der Presse hin. Er beglückwünscht ferner den Congress dazu, dass er den Mitgliedern der Presse die Möglichkeit verschafft hat, „auf dem gastfreundlichen Boden von Paris dem hochzuverehrenden Herrn Virchow, dem grossen Propheten, der uns das Erscheinen eines Pasteur's vorausgesagt hatte, die Hand zu drücken." Im Namen seines Landes wünscht er dem Congress allen Erfolg und dankt zugleich für den bereiteten Empfang.

Gallet schliesst sich im Namen der belgischen medicinischen Presse den warmen Worten seines Vorredners an, ebenso Diakonow im Namen der russischen medicinischen Presse und im Namen seines Landes, „welches immer eine Seele mit Frankreich ist und die französischen Gelehrten zu schätzen weiss."

Prof. Brossi spricht im Namen des Verbandes der italienischen medicinischen Presse und weist darauf hin, dass der Samen zu der glücklichen Idee dieser internationalen Union in Rom gestreut wurde und die daraus entstandenen und gereiften Früchte jetzt in Paris gepflückt werden.

Hansson bringt die Grüsse der norwegischen Aerzte und Posner betont die Einmüthigkeit, die zwischen den Repräsentanten aller Länder herrscht zum Schutze des medicinischen literarischen Eigenthums. „L'Union fait la force." Sodann richtet er warme Worte des Dankes an die Veranstalter des Congresses, ganz besonders an Dr. M. Baudouin, den unermüdlichen Verfechter der Interessen der internationalen medicinischen Presse. Er dankt ferner dem Congresse im Namen Deutsch-

lands und Oesterreich-Ungarns, sowie für seine eigene Person für den würdigen und begeisterten Empfang, der am Tage zuvor Virchow zu Theil wurde, und giebt dem Wunsche Ausdruck, dass der Congress die Früchte tragen werde, die die civilisirte Welt unter den Auspicien von Frankreich und Paris erwartet.

Ehlers begrüsst im Namen Dänemarks die Eröffnung dieses ersten internationalen medicinischen Congresses und spricht die Hoffnung aus, dass eine internationale Vereinigung gegründet wird. Zugleich theilt er den Tod Prof. Lange's in Copenhagen mit.

Nachdem Marcel Baudouin sich für die vielen Freundschaftbeweise und Glückwünsche, die ihm zu Theil geworden waren, bedankt hat, liest er seine Abhandlung *„La technique moderne des tables de matières internationales des Revues médicales et scientifiques."* Baudouin spricht sich in derselben dahin aus, dass es für die Directoren medicinischer Journale, die eigentlichen Redactionsgeschäfte ausgenommen, nichts Wichtigeres giebt, als die Anlage internationaler Inhaltsverzeichnisse, die jedem Leser, gleichviel welcher Sprache, zugänglich und verständlich sind. Ohne darauf Anspruch zu machen, dass sein System das beste wäre, schildert er kurz, in welcher Weise versucht werden könnte, die internationalen Inhaltsverzeichnisse in Zukunft zu verbessern, nämlich durch Classificirung nach einer Art von Decimalsystem (Table décimale).

Archambaud (Paris) spricht dann über *„la Publicité dans les Journaux médicaux"* und unterbreitet dem Congress die folgenden Anträge: 1. Die Reclame in medicinischen Journalen ist erlaubt; dieselbe hat für den Apotheker, den Arzt und den Journalisten ein moralisches und materielles Interesse und kann nur dazu dienen, die Beziehungen zwischen beiden Professionen enger zu knüpfen. 2. Es ist kein Grund vorhanden, ohne Eingriff in die persönliche Freiheit, Reclameartikel und nicht medicinische Anzeigen von unseren Journalen auszuschliessen. 3. Für den Inhalt der Anzeigen ist der Leiter eines Journals in keiner Weise verantwortlich zu machen, ausgenommen in den Fällen, die durch das allgemeine Gesetz bedingt sind.

In der Discussion frägt G. Lévy (Paris), ob die Anzeigen auf einen bestimmten Abschnitt der Journale beschränkt sein müssen und keinen Theil des Lesestoffes bilden dürfen. Pechère (Brüssel) macht darauf aufmerksam, dass es manchmal sehr schwer ist, zwischen Reclameartikeln und wissenschaftlichen Artikeln zu unterscheiden. Cornil: Ein Einverständniss zwischen Arzt und Apotheker, irgend ein Präparat zu patronisiren und in die Höhe zu treiben, ist gesetzlich verboten; allein diese Art von Reclame ist nicht von Archambaud gemeint. Richet macht den Vorschlag, dem ersten Satze des Archambaud'schen Antrages die Worte „nicht medicinische" beizufügen, so dass dieser Satz lauten würde: „La publicité médi-

cale ou extra-médicale est légitime." Regnault will die Bezeichnung „nicht medicinisch" näher bestimmt wissen. Es giebt nämlich eine Sorte nicht medicinischer Anzeigen, die den Aerzten für die Empfehlung gewisser Präparate an ihre Patienten bestimmte Vortheile verspricht. Eine derartige Reclame ist unerlaubt. Richet: Diese Art von Reclame hat mit der medicinischen Presse nichts zu thun. Dejace (Liège): Es handelt sich vor Allem um die Frage: sind die Journale, welche die von Regnault besprochene Reclame betreiben, auch medicinische Journale? Regnault: Jawohl, allein diese Journale werden den Aerzten gratis zugeschickt. Posner und Schober: In Deutschland giebt es keine Reclameartikel in den medicinischen Zeitschriften, man kennt dort derartige Artikel überhaupt nicht. (? Die Red.) Cornil schlägt nunmehr die Verlesung der Abhandlung von Laborde und Romme vor, da dieselbe gewisse Seiten der vorliegenden Frage beleuchten dürfte. Dies geschieht. Die Abhandlung ist betitelt: *„Le Journal médical gratuit"* und hat in Kürze folgenden Inhalt:

Das medicinische Journal hat mit vielen Schwierigkeiten zu kämpfen: Heruntergehen des Subscriptionspreises, Steigen der Kosten für die Herstellung, Verwaltung, Redaction etc. Dazu kommt noch die Umgestaltung des medicinisch-pharmaceutischen Reclamewesens, das immer mehr auf eigne Rechnung betrieben wird und so dem medicinischen Journal den grössten Theil seiner Einnahmen entzieht. Auf diese Weise bildet sich eine Art von Gratis-Journalismus heraus, der in den Händen der Grossindustriellen liegt, in deren Interesse es ist, über ein Journal zu verfügen, das ausschliesslich und allein ihren Reclamezwecken zur Verfügung steht. Um gegen diese Zustände anzukämpfen, ist es nöthig, die medicinische Presse wieder ihrer wirklichen Bestimmung zuzuführen. Bei der Annahme von Anzeigen muss die Presse solidarisch vorgehen und den Anzeigen einen eigenen Platz, abgesondert vom Text, anweisen. Dann erst wird es den Journalen freistehen, für diese Anzeigen den Insertionspreis zu verlangen, zu welchem sie berechtigt zu sein glauben.

Hierauf wird die Fortsetzung der Discussion der Archambaud'schen Anträge auf den folgenden Tag verschoben. Bei dieser Gelegenheit nimmt Blondel Veranlassung, noch besonders auf die Wichtigkeit dieses Themas hinzuweisen und anzukündigen, dass er in dieser Angelegenheit einige Vorschläge machen werde.

Nun liest Chervin (Paris) eine Abhandlung über den *Tauschverkehr zwischen den medicinischen Journalen* und stellt folgende Resolutionen auf: 1. Der Tausch der medicinischen Journale zwischen den Mitgliedern der Pressverbände eines und desselben Landes, sowie zwischen den internationalen Journalen soll obligatorisch auf der Basis der unbedingten Respectirung des literarischen medicinischen Eigenthums vor sich gehen. 2. Das

internationale Comité der medicinischen Presse soll Mittel und Wege zu finden suchen, die es ermöglichen, in den grossen wissenschaftlichen Centren wie Berlin, London, Paris, Rom, St. Petersburg, Wien etc. specielle Bibliotheken zu errichten, in denen eine vollständige Sammlung aller medicinischer Zeitschriften der ganzen Welt enthalten ist.

Richet findet die Vorschläge Chervin's sehr am Platze, doch soll man mit der Formulirung der Vorschläge vorsichtig sein. So darf man den Tauschverkehr nicht als obligatorisch bezeichnen wegen des Preisunterschiedes der verschiedenen Journale, sondern soll denselben nur als sehr wünschenswerth empfehlen und im Uebrigen in einer so delicaten Angelegenheit den Leitern der einzelnen Zeitschriften freie Hand lassen. Chervin nimmt das Wort „obligatorisch" aus seinen Anträgen zurück, und dieselben werden auf Vorschlag von Cornil einstimmig angenommen.

De Maurans liest eine Abhandlung über *„l'Unification de la Terminologie adopté pour la classification scientifique."* Er fordert in derselben die Presse auf, dafür einzutreten, dass die internationalen medicinischen Congresse die Aufstellung einer internationalen medicinischen Terminologie in Angriff nähmen, damit endlich einheitliche Bezeichnungen eingeführt werden, die in gleicher Weise von Jedermann und von allen Nationen verstanden werden können.

Zuletzt weisen Doyen und Aragon (Paris) in einer Mittheilung, betitelt: *„Le Reportage photographique dans la Presse médicale et la Cinématographie"* auf die bis jetzt noch mangelhaften Resultate hin, die mit photographischen Darstellungen auf medicinischem Gebiete erzielt werden. Trotz ihrer augenscheinlichen Genauigkeit können viele photographische Reproductionen keinen Anspruch auf wissenschaftlichen Werth machen. Von besonderem Interesse ist die Einführung der Cinematographie zur Wiedergabe von Operationen etc. und Doyen führt unter grossem Beifall mit dem Cinematographen eine Reihe von chirurgischen Operationen vor, die er selbst ausgeführt hatte.

Nachmittagssitzung.

Dieselbe beginnt unter dem Vorsitze von Prof. Cornil um 2½ Uhr. Zuerst spricht Richet über *„l'emploi de la classification décimale dans les journaux périodiques est nécessaire."* Er weist zunächst darauf hin, wie sehr es nöthig ist, eine analytische, internationale und überall gebräuchliche Ordnung der in den medicinischen Journalen sich anhäufenden Abhandlungen vorzunehmen. So enthalten die 16 Bände des Index Catalogue die Ueberschriften von 1,097,535 Artikel, die nur einen Zeitraum von 20 Jahren umfassen. Eine alphabetische Classificirung verursacht viele Schwierigkeiten wegen der verschiedenen Ueberschriften und der verschiedenen Sprachen, in denen die Abhand-

lungen geschrieben sind. Dagegen besitzen wir in der Ordnung nach dem Decimalsystem eine internationale Sprache. Redner erklärt dann mit einigen Worten das Princip einer derartigen Eintheilung, das darin besteht, dass die Zahlen 1 bis 9 die einzelnen Gruppen bedeuten, jede Gruppe ist dann wieder in 9 Untergruppen getheilt u. s. w. Jedermann wird sich die einzelnen Nummern bald so gut merken, wie seine Telephonnummer, und wenn diese Art der Classificirung auch nicht gerade streng methodisch ist, so ist sie doch sehr leicht verständlich und besser als irgend eine der bis jetzt gebräuchlichen.

Bossi (Genua) spricht über *„Relations de la Presse médicale sanitaire et de la Presse politique au point de vue social."* Die Beziehung der medicinischen zur politischen Presse ist von sehr grosser Tragweite. Täglich werden in den politischen Zeitungen dem Publicum sogenannte Entdeckungen, namentlich auf therapeutischem Gebiete, angekündigt, Nachrichten, denen von den medicinischen Journalen die Aufnahme verweigert wird. Selbst das öffentliche Gesundheitswesen betreffende wichtige Nachrichten werden auf diese Weise von Börsespeculanten verbreitet und von den politischen Zeitungen aufgegriffen, und dies hat seinen Grund darin, dass den Zeitungen die fachmännigen Kenntnisse fehlen und sie daher sehr leicht getäuscht werden können; der dadurch angerichtete Schaden ist oft unberechenbar. Gewisse biologische Entdeckungen, Heilmittel, dieses oder jenes Heilserum werden in den politischen Zeitungen als Specifica für alle möglichen Krankheiten angepriesen, während die medicinische Presse von ihnen nichts wissen will, weil sie die klinischen Nachprüfungen nicht bestanden hatten. Auf diese Weise vermitteln die Zeitungen die Ausbeutung des leichtgläubigen Publicums. Falsche Nachrichten über das öffentliche Gesundheitswesen sind im Stande, beim Publicum eine Panik zu verursachen. Aus dem Vorstehenden geht hervor, dass ein gegenseitiges Einvernehmen zwischen der medicinischen und politischen Presse unbedingt erforderlich ist.

Hierauf folgt das Referat der beiden Anwälte Pouillet und Rocher, sowie des Chefredacteurs der Sémaine médicale, de Maurans: *„De la Propriété litteraire et artistique en matière de Presse médicale, au point de vue de la Loi francaise."* Das Gesetz vom Jahre 1793, welches das literarische und künstlerische Eigenthumsrecht schützt, erstreckt sich ohne Zweifel auch auf das medicinische und wissenschaftliche Eigenthum. Es steht daher fest, dass der Arzt wie der Schriftsteller das ausschliessliche Eigenthumsrecht an seinen Werken besitzt. So kann er als Professor verbieten, dass seine Vorlesungen gegen seinen Willen publicirt werden. Als Gelehrter kann er zwar keine Eigenthumsrechte an seinen Entdeckungen als solchen oder an seinen Ideen geltend machen, allein er kann wenigstens verlangen, dass ihm hierfür das Verdienst und die Autorschaft zuerkannt wird und bewahrt bleibt. Nachfolgende Punkte wer-

den von den Referenten noch besonders hervorgehoben: Das Eigenthumsrecht erstreckt sich in gleicher Weise auch auf die zur Erläuterung beigegebenen Illustrationen und Tafeln. Im Falle der Mitarbeiterschaft hat jeder Mitarbeiter an dem gemeinsamen Werke ein gleiches und untheilbares Anrecht; alle das Werk betreffenden Entscheidungen sollen mit dem Einverständniss der Mitarbeiter getroffen werden. Wird ein Werk von einem Gelehrten herausgegeben, dessen Namen auf dem Titelblatt erscheint, und einzelne Abschnitte des Werkes werden von gesonderten Mitarbeitern geschrieben, so soll der Herausgeber ein Recht auf das Gesammtwerk haben, die verschiedenen Mitarbeiter jedoch nur auf den von ihnen speciell ausgearbeiteten Theil, Das Referat schliesst mit dem guten Rath an diejenigen Aerzte, die in ihren Vorlesungen oder Werken Fälle aus der täglichen Praxis erwähnen wollen, dies so zu thun, dass die Person des betr. Patienten nicht erkannt werden kann, widrigenfalls den Aerzten Widerwärtigkeiten oder gerichtliche Klagen erwachsen können.

In der Discussion dankt Posner den Referenten für die bemerkenswerthe Behandlung des Themas, doch kommen bei dieser Frage nicht nur die Aerzte, sondern auch die Herausgeber und die Gesetzgeber in Betracht. Es wird sich daher empfehlen, eine Commission zu ernennen, der gegenwärtiges Referat als Grundlage für ihre weiteren Arbeiten dienen soll, und die dadurch vielleicht in den Stand gesetzt wird, in dieser Beziehung Vorschläge zu machen, die für alle Staaten annehmbar sind. Dies wird eine der Aufgaben der zu gründenden internationalen Vereinigung sein. Pechère schliesst sich der Ansicht Posner's an.

Marcel Baudouin, der Director des Institut international de Bibliographie scientifique, liest seine Abhandlung über *„De la Propriété de l'Idée et de la Propriété de la Forme de l'Idée dans le Journalisme scientifique."* Redner stellt folgende Anträge: I. Es ist zu wünschen, dass 1. man mit Hülfe einer internationalen Convention dazu gelangt, dass der blosse wissenschaftliche Gedanke, die Idee an und für sich, gleichviel in welcher Form sie sich äussert, geschützt wird; 2. dass man sich damit beschäftigt, festzustellen, welche Grundlagen der betr. Convention zu geben sind und ferner, welche Beihülfe hierzu von den internationalen Pressvereinigungen und den internationalen bibliographischen Instituten zu erwarten ist. II. In Uebereinstimmung mit der Convention von Bern (revidirt in Paris 1896) und mit den Entscheidungen des internationalen Presscongresses zu Stockholm (1897) stellt der erste medicinische Presscongress den Antrag, dass Journalartikel, die wissenschaftliche Arbeiten darstellen und ganz besonders, wenn dieselben auf neuen Ideen beruhen, ebenso wie andere Erfindungen gesetzlich geschützt werden müssen, und dass das Eigenthumsrecht des Autors gewahrt bleibt. III. Es ist zu verlangen, dass in den Ländern, in denen dies jetzt noch

geschieht, in Uebereinstimmung mit der Berner Convention und den Entscheidungen der verschiedenen internationalen Presscongresse, die Gesetze nicht mehr verbieten: kritische und analysirende Artikel, Referate und Berichte etc., die keine eigenen Gedanken des Schreibers enthalten, d. h. solche, die sich nur damit befassen, die Entdeckungen Anderer zu verbreiten oder zu referiren. IV. Das Gleiche soll Anwendung finden auf bildliche Darstellungen, die nicht künstlerischen Werth haben, damit das Recht der „Citation figurée" frei und ungehindert ausgeübt werden kann.

In der Discussion schliessen sich Richet und Cornil den Vorschlägen Baudouin's an. De Maurans schlägt vor, einfach den Artikel 7 der Berner Convention anzunehmen, ebenso stimmen dann auch Baudouin und Richet überein, den besagten Artikel 7 auch auf die medicinische Presse auszudehnen. Richet macht ausserdem noch den Vorschlag, dass die zukünftige internationale medicinische Pressvereinigung einen Delegaten zur kommenden internationalen Convention entsende, um dahin zu wirken, dass eine auf die medicinische Presse bezugnehmende Clausel eingeschoben wird. Artikel 7 der Berner Convention wird dann einstimmig angenommen. Die Discussion kommt dann zurück auf das Eigenthumsrecht an der Idee. De Maurans ist der Ansicht, dass dieselbe schwer zu schützen ist. Baudouin stellt den Antrag, die Discussion über diesen Gegenstand bis zum nächsten internationalen Congress zu verschieben. Cornil will dieselbe der internationalen medicinischen Pressvereinigung überlassen sehen. Die allgemeine Discussion wird nunmehr geschlossen und zur Besprechung der einzelnen Paragraphen des Pouillet'schen Referates, und zwar zunächst so weit dasselbe die Originalarbeiten betrifft, übergegangen.

De Maurans ist der Ansicht, dass ein Artikel, der von einem Herausgeber bestellt und bezahlt wird, diesem gehört, und dass der Autor nicht befugt ist, denselben zu reproduciren. Regnault erwidert, dass dies von dem Uebereinkommen abhängt, welches zwischen Autor und Herausgeber getroffen wurde. Lucas Championnière stimmt Regnault bei: wenn kein besonderes Abkommen getroffen ist, bleibt der Artikel Eigenthum des Verfassers. De Maurans bestreitet dies, da der Autor nicht berechtigt ist, den betr. Artikel wiederzugeben, weder in seinen Werken noch in einem anderen Journal, als in demjenigen, für das er ihn geschrieben hat. Regnault bleibt jedoch bei seiner Ansicht stehen: der Autor hat das Recht, seinen Artikel zu reproduciren. Dagegen glaubt Blondel, dass das Reproductionsrecht nicht so zweifellos sicher ist, wie dies Regnault annimmt, da z. B. kein Jornal das Recht hat, eine schon in einer anderen Zeitschrift erschienene literarische Arbeit abzudrucken. Richet und Regnault behaupten, dass ein solches Recht besteht. G. Lévy ersucht den Congress, einen Ter-

min festzusetzen, nach dessen Ablauf ein Autor berechtigt sein soll, seine Arbeit auch in einem anderen Journal zu publiciren, als in dem sie zuerst veröffentlicht wurde. Cornil ist der Ansicht, dass man sich auf die Berner Convention berufen kann, wenn man folgenden Zusatz macht: „Ohne Vorbehalt oder vorhergegangene Vereinbarung zwischen Autor und Herausgeber." Blondel meint, dass es selbstverständlich ist, dass die manchen Artikeln beigefügten Worte „Nachdruck verboten" eine einschränkende Wirkung haben, und Cornil sagt, dass dies gerade so gut auf medicinische wie literarische Artikel Anwendung finde. Der Congress beschliesst dann einstimmig, dass auf die Originalarbeiten Artikel 7 der Berner Convention anzuwenden ist, falls nicht ein besonderes Uebereinkommen zwischen Autor und Herausgeber getroffen ist.

Nunmehr wird in der Discussion betreffs Nachdrucks von Auszügen etc. eingetreten und hier ist Cornil der Ansicht, dass der Verfasser eines sorgfältig ausgearbeiteten Referates an diesem ebenso Eigenthumsrecht haben soll, wie dies bei den Originalarbeiten der Fall ist. Lucas Championnière meint, dass man weder den Nachdruck von Originalarbeiten noch von Referaten wird verhindern können, doch soll man wenigstens diejenigen, die den Nachdruck bewerkstelligen, dazu anhalten, den Namen des Autors oder des Journals, dem die Arbeit entnommen wird, anzugeben. Dadurch würde das bis jetzt vorhandene Piratenthum beseitigt werden. Championnière stellt einen diesbezüglichen Antrag, der noch von mehreren Rednern unterstützt und dann angenommen wird. Der Wortlaut desselben ist folgender: „Wer einen Artikel, ein Referat etc. wiedergeben will, hat den Namen des Autors oder der betr. Zeitschrift anzuführen." Dejace frägt an, wie es sich in dieser Beziehung mit den Sitzungsberichten gelehrter Gesellschaften verhalte. Cornil giebt zur Antwort, dass jede Zeitschrift sich an den betr. Sitzungen betheiligen und Berichte über dieselben anfertigen und publiciren kann, aber nicht das Recht hat, dieselben einem anderen Journal zu entnehmen, ohne dasselbe als Quelle anzuführen. Baudouin führt an, dass ebenso wenig ein Recht besteht, die officiellen Bulletins gelehrter Gesellschaften zu copiren.

Nach Schluss der Sitzung findet Besuch des Laboratoriums von Prof. Richet statt, welcher seine Gäste mit Champagner bewirthet. Eine Anzahl der Congresstheilnehmer begiebt sich in Wagen, die von Herrn De Maurans ihnen zur Verfügung gestellt worden waren, in die Druckerei der „Sémaine médicale." Abends Soirée bei Prof. Cornil, dem Präsidenten des Congresses.

Dritter Tag, 28. Juli.

Vormittagssitzung.

Die Ehrenpräsidenten dieser Sitzung sind die Herren Sprigg (London), Podwyssotzki (Kiew), Schonberg (Christiania), Valdor (Madrid) und Ehlers (Copenhagen). Prof. Cornil eröffnet die Sitzung. Blondel liest eine Mittheilung des Herrn Foustanos über *„l'Histoire de la Presse médicale grecque,"* die eine anschauliche Schilderung der jammervollen Zustände enthält, die in wissenschaftlicher Beziehung in Griechenland bis zum XIX. Jahrhundert herrschten. In packender Weise wird das Unwesen der Charlatans geschildert, die das von seiner einstigen Grösse so herabgesunkene Griechenland überflutheten. Dann aber machte sich ein Umschwung zum Besseren geltend, der damit seinen Anfang nahm, dass im Jahre 1836 die „Societé médicale" in Athen gegründet wurde. Foustanos führt dann die Namen der verschiedenen Zeitschriften auf, die seitdem erschienen waren, denen jedoch leider aus Mangel an Subsistenzmitteln ein nur kurzes Dasein beschieden war. Nur zwei dieser Journale haben sich bis jetzt erhalten, der in griechischer Sprache erscheinende „Progrès Médical" und „La Grèce Médicale" in französischer Sprache.

Alsdann wird eine Abhandlung von Dr. Juan Santos Fernandez verlesen, betitelt: *„La Presse Médicale à l'ile de Cuba."* Nach Vorausschickung eines kurzen politischen Ueberblickes über die Verhältnisse Cuba's kommt Fernandez zu seinem eigentlichen Thema. Im Jahre 1840 erschienen die ersten medicinischen Zeitschriften auf Cuba, allein dieselben führten nur ein ephemeres Dasein. Im Jahre 1861 gründete Gutierrez die Academie der Medicin und veranlasste die Publication deren Annalen. Sieben Jahre später erschien die „Gazette des Sciences médicales," allein die bald darauf ausbrechende Revolution unterbrach ihr Erscheinen. Erst im Jahre 1873 erschienen neue Publicationen, deren Zahl dann rasch zunahm und von denen speciell die „Chronique médico-chirurgicale" zu erwähnen ist. Vortragender beschliesst seine Mittheilung mit einer Aufführung aller in den letzten 10 Jahren erschienenen medicinischen Zeitschriften, deren Zahl trotz der beständigen politischen Wirren des Landes in fortwährendem Wachsen begriffen ist, ein Umstand, der beweist, dass die medicinische Presse auf Cuba die Wissenschaft, deren Namen sie führt, würdig vertritt.

Pechère liest eine in Gemeinschaft mit Gilson (Brüssel) verfasste Arbeit über *„l'Histoire et la Statistique de la Presse médicale belge."* Es wird darauf hingewiesen, dass im Jahre 1605 in Anvers die erste Zeitung in Europa gedruckt wurde, es waren dies die „Nieuwe Tijdingen," die von Abraham Verhoeven herausgegeben wurden. Eine medicinische Presse bildete sich nur sehr langsam und unter Schwierigkeiten heraus. Eine der ältesten, vielleicht gar die älteste medicinische Zeit-

schrift, das „Journal de chimie médicale, de pharmacie et de matière médicale" vom Jahre 1825, konnte trotz seines niedrigen Subscriptionspreises aus Mangel an Abonnenten nicht bestehen. Eine Statistik des gegenwärtigen Standes der medicinischen Presse in Belgien zeigt, dass daselbst sich 70 Zeitschriften mit Medicin, Chirurgie, Hygiene etc. beschäftigen. An der Spitze steht Brüssel mit 48 Journalen, dann kommt Lüttich mit 5, Antwerpen, Gent, Löwen mit 4, Charleroi mit 2, Brügge mit 1. Ausserdem gehören noch hierher die Veröffentlichungen der zahlreichen Polikliniken, besonders derjenigen Brüssels.

Im Anschluss an vorstehende Arbeit ersucht P e c h è r e den Congress, einen Beschluss zu fassen, durch welchen dem Unfug des Gratisjournalismus infolge Subventionirung Seitens des Staates gesteuert werde. In Belgien existiren nämlich verschiedene wissenschaftliche Gesellschaften, die staatliche Zuschüsse erhalten und daher im Stande sind, ihre Sitzungsberichte den Aerzten unentgeltlich zuzuschicken und auf diese Weise den übrigen medicinischen Journalen erfolgreiche Concurrenz zu machen. Nach C o r n i l giebt es etwas Derartiges in Frankreich nicht; es erhalten zwar einige gelehrte Gesellschaften staatliche Subventionen, allein deren Veröffentlichungen werden niemals gratis versandt und kosten oft mehr als die übrigen Zeitschriften. Dagegen berichtet R e g n a u l t, dass in Frankreich doch ein Journal vorhanden ist, welches seit dem Kaiserreich von der Regierung eine jährliche Subvention erhält; letztere war ursprünglich gewährt worden, um das Journal in den Stand zu setzen, im Interesse armer Studirender den Subscriptionspreis heruntersetzen zu können, allein gegenwärtig besteht ein derartiger Grund nicht mehr. Der Antrag P e c h è r e's, „die Regierung soll kein Journal, das auf diese Weise einem anderen Concurrenz machen könnte, subventioniren," wird vom Congress angenommen.

Hierauf folgt Vortrag des Redacteurs des „American Medical Journal," Dr. F a s s e t t, über den *„medicinischen Journalismus in Amerika."* Das erste medicinische Journal in Amerika wurde im verflossenen Jahrhundert gegründet und enthielt hauptsächlich Artikel, die aus dem Französischen übersetzt waren. Gegenwärtig giebt es in Amerika 278 medicinische Zeitschriften. Besonders zwei Gesellschaften haben zur Hebung der medicinischen Presse in Amerika beigetragen: die Vereinigung der medicinischen Redacteure, die vor 15 Jahren gegründet worden war, und die Vereinigung medicinischer Herausgeber, gegründet im Jahre 1893. Nach F a s s e t t sollen sich medicinische Zeitschriften vor allen Sensationsnachrichten hüten, und auch den Durchschnittsärzten, nicht nur den Specialisten, verständlich sein. In Amerika giebt kein Journal einen Artikel einer anderen Zeitschrift wieder, ohne der letzteren Namen anzugeben. Der Tauschverkehr zwischen den einzelnen Journalen regelt sich von selbst und wird dabei nicht nach dem verschiedenen Preis gefragt. F a s s e t t schlägt dann vor, dass die internationale medi-

cinische Pressvereinigung mindestens alle drei Jahre einen Congress abhalten soll, dass der nächste Congress in Amerika, St. Louis, im Jahre 1903 zur Zeit der grossen Ausstellung stattfindet.

Spatz (München) liest eine Mittheilung über die „*Geschichte der medicinischen Presse in Deutschland.*" In Deutschland giebt es nur wenige medicinische Zeitschriften, die länger wie 50 Jahre existiren. Erst um die Mitte des XIX. Jahrhunderts machte sich ein bemerkenswerther Umschwung in der medicinischen Presse unter Johannes Müller, Rudolph Virchow, Schönheim u. A. geltend. Seit Virchow sein bekanntes „Archiv" gründete, liess sich der Lauf der medicinischen Presse in Deutschland nicht mehr aufhalten, und jetzt kostet es sogar einigermaassen Mühe, sich in derselben zu orientiren. Es ist Virchow zu verdanken, dass in dem Revolutionsjahre 1848 die „Medicinische Reform" gegründet wurde, ein Organ, dessen Zweck eine liberale Organisation der Aerzte und Reform der Medicin war; leider ging dieses Blatt mit dem Weggang Virchow's von Würzburg im Jahre 1849 ein. Im Jahre 1864 gründete Posner die „Berliner klinische Wochenschrift," die sich an alle Aerzte Deutschlands wandte und heute noch eine führende Stellung in der deutschen medicinischen Presse einnimmt. Die Verhältnisse der österreichisch-ungarischen medicinischen Presse sind die gleichen wie in Deutschland; ja es existiren verschiedene Publicationen, die ihre Mitarbeiter in beiden Ländern hat. Spatz erinnert dann noch an die Geschichte der „Deutschen Medicinischen Wochenschrift," in welcher zuerst der Gedanke an eine Deutsche nationale Vereinigung auftrat, deren Statuten er angiebt und deren Gründung er als einen wesentlichen Fortschritt in der deutschen medicinischen Presse ansieht.

Alcan (Paris) erstattet Bericht über „*Le Droit de reproduction des gravures*" und zeigt, dass in diesem Punkt noch keine geregelte Gesetzgebung vorhanden ist. Zur Erlangung galvanoplastischer Clichés, die man zu reproduciren wünscht, ist es am Besten, sich an einen Collegen zu wenden und sie von diesem zu kaufen, etwa um die Hälfte des Kostenpreises, ein Modus, der sowohl für Käufer wie Verkäufer gleich vortheilhaft wäre. Was die Zeichner und Photographen anbelangt, so haben diese kein Bestimmungsrecht über die Zeichnungen und Photographien, die sie im Auftrage angefertigt haben, doch dürfte es sich für den Herausgeber empfehlen, sich von dem Zeichner das Recht der Wiedergabe bestätigen zu lassen. Ist bei Portraits das Recht der Reproduction durch ein Uebereinkommen mit dem Interessenten oder dessen Familie dem Photographen vorbehalten, so können dieselben ohne des letzteren Autorisation nicht wiedergegeben werden, wenn sich jedoch dieses Recht der Interessent oder seine Familie selbst vorbehalten hat, so können diese den Journalisten autorisiren, die Portraits zu reproduciren, ohne dass der Photograph dagegen einen Einspruch erheben kann.

Baudouin ist der Ansicht, dass Zeichnungen etc., die nur

einen wissenschaftlichen Werth haben, gerade so wie Druckwerke zu betrachten sind und daher jederzeit reproducirt werden können, wenn nur Quelle und Autor citirt wird. Dies liegt im Interesse der Wissenschaft, denn sonst wäre eine wissenschaftliche Kritik einfach unmöglich. Gallet und Regnault schliessen sich der Ansicht Baudouin's an. Alcan erwiedert, dass nur in sehr seltenen Fällen die Herausgeber die Wiedergabe von Zeichnungen, über welche ihnen das Eigenthumsrecht zusteht, verweigern. Richet meint, es sei sehr schwer ein Unterschied zu machen zwischen nur wissenschaftlichen und künstlerischen Zeichnungen, welche letztere ja geschützt sein sollen. Man soll diese Frage einem späteren Congress überweisen. Posner schlägt vor, sich für jetzt damit zu begnügen, eine Commission von drei in Paris wohnenden Mitgliedern zu ernennen, die die Aufgabe hätte, sich mit den Herausgebern, den Aerzten und Gesetzgebern aller Länder in Verbindung zu setzen, um von Grund aus die Frage betr. des literarischen Eigenthums in Bezug auf die Medicin studiren zu können. Die Commission soll sich zusammensetzen aus den Herren De Maurans, Baudouin und Blondel. Der Antrag Posner's wird angenommen.

Roubel (St. Petersburg) liest im Namen Podwyssotzki's folgende *„Beschlüsse des russischen nationalen Comités"*: Der Verfasser einer Arbeit hat unbestreitbar das ausschliessliche Recht, seine Arbeit nicht nur in seiner Muttersprache, sondern auch in irgend einer fremden Sprache zu veröffentlichen. Wenn der Verfasser auf sein Recht verzichtet, so soll er dies in jedem speciellen Fall angeben. Die Rechte des Autors sind übertragbar. Das Uebersetzungsrecht des Autors ist auf einen Zeitraum von 6 Jahren beschränkt und der Bedingung unterworfen, dass er die Uebersetzung nicht später wie drei Jahre nach dem ersten Erscheinen vor sich gehen lässt. Jede neue Auflage ist als ein neues Buch zu betrachten. Wenn der Autor oder sein Stellvertreter vor Ablauf der erwähnten 6 Jahre von seinem Uebersetzungsrecht keinen Gebrauch gemacht hat, so ist dasselbe erloschen. Das Recht, Referate von erschienenen Arbeiten anzufertigen, kann nicht vorbehalten werden, sondern hierzu ist Jedermann befugt, wenn er nur die Quelle angiebt.

Bericht von Jayle und Pistre: *„Le droit de réponse dans la Presse Scientifique."* Sie führen Artikel 13 des Gesetzes vom Jahre 1881 an, nach welchem eine jede in einem Artikel genannte Person das Recht zur Erwiderung hat. Diese Bestimmung ist offenbar eine unentbehrliche Garantie gegenüber der absoluten Pressfreiheit, allein die Anwendung derselben ist gewiss nicht angebracht, wenn die Persönlichkeit in dem besagten Artikel nicht angegriffen wurde. Das Recht der Erwiderung kann, besonders auf die wissenschaftliche Presse angewandt, einen grossen Missbrauch hervorrufen. Denn wenn jede citirte Person davon Gebrauch machen will, wird der Journalist gar oft gezwungen sein, den grössten Theil seines Journals derartigen

Erwiderungen zu widmen, die oft nichts weiter als Reclame für ihre Verfasser sind. Daher soll das Recht der Erwiderung dahin eingeschränkt werden, dass die Entscheidung über Länge und Ausdehnung einer derartigen Erwiderung dem Journalisten zustehen. In streitigen Fällen bleibt dem Verfasser der Erwiderung immer noch der Recurs an die Gerichte, wodurch ihm jede mögliche Garantie geboten ist.

J. Noir liest eine Arbeit über „*La solidarité professionelle dans la Presse Médicale*" und stellt im Anschlusse daran folgenden Antrag: Die medicinische Presse soll künftighin in allen ihren Organen, in welchen dies bis jetzt noch nicht geschehen ist, in ernstlicher Weise die Wahrnehmung der ärztlichen Interessen in die Hand nehmen und somit dauernd ihre berufliche Solidarität bethätigen.

Nachmittagssitzung.

Den Vorsitz führen die Professoren Cornil und Richet, später Prof. Virchow. Die Sitzung beginnt um 2½ Uhr. Mittheilung von G. Lévy: „*Abus du Pseudonyme précédé du mot: Docteur, dans les articles-réclames.*" Im Anschluss an dieselbe stellt Lévy folgenden Antrag: Der erste internationale medicinische Presscongress spricht den Wunsch aus, dass in den einzelnen Ländern gesetzlich verboten wird, den Titel Doctor in Verbindung mit einem anderen Namen zu gebrauchen als mit dem Namen, unter welchem das Diplom erworben worden war.

Regnault unterstützt den Antrag Lévy's, verlangt aber zugleich, dass neben Aufführung der Fälle, in welchen Pseudonymität unerlaubt ist, auch diejenigen aufgeführt werden, in denen sie erlaubt ist, z. B. von Aerzten, welche keine Praxis ausüben und nur unter bestimmten Namen medicinische Artikel schreiben. Die Hauptsache ist, festzustellen, ob der pseudonyme Artikelschreiber für seine Arbeiten verantwortlich ist oder nicht, und eine Möglichkeit zu schaffen, die Persönlichkeit eines pseudonymen Schreibers nachzuweisen. Zu letzterem Zwecke soll jeder, der pseudonym schreibt, seinen Nom de plume bei der internationalen Pressvereinigung deponiren. Nachdem im Verlaufe der weiteren Discussion keine Einigung in dieser Frage erzielt werden kann, stellt Cornil den Antrag, den Gegenstand an die internationale medicinische Pressvereinigung zu verweisen, welcher Antrag angenommen wird.

Hierauf Fortsetzung der Discussion über die Mittheilung von Archambaud vom vorhergehenden Tage. Archambaud verlangt im Gegensatze zu Laborde und Romme, dass die Reclameartikel einen Theil des eigentlichen Journals bilden dürfen. Es gewährt dies financielle Vortheile, die nicht zu verschmähen sind, und der Sachlichkeit der Journale wird dadurch kein Eintrag gethan, indem die Aerzte genau wissen, woran sie sind. Aus denselben Gründen soll man den Journalen gestatten, Reclamen nicht medicinischer Natur aufzu-

nehmen. Smith unterstützt die Anschauung Archambaud's. Regnault meint, man soll sich von dem natürlichen Anstand leiten lassen und nicht ein Präparat empfehlen, von welchem man weiss, dass es schlecht ist. Die Wirkung auf den Arzt bleibt dieselbe, ob die Reclame auf der ersten oder letzten Seite enthalten ist. Cornil lässt über die Anträge Archambaud's abstimmen; dieselben werden angenommen mit Ausnahme desjenigen, der die Aufnahme nicht medicinischer Anzeigen in medicinischen Journalen betrifft.

Nunmehr folgen zwei Vorträge von Laborde (Paris) und Posner (Berlin), die sich auf die Gründung einer internationalen medicinischen Pressvereinigung beziehen. Laborde weist zuerst auf die Zweckmässigkeit einer derartigen Vereinigung hin und erinnert daran, dass schon seit dem Jahre 1894 an diesem Project gearbeitet wurde. Der Vereinigung sollen folgende Punkte zu Grunde gelegt werden: 1. Verwirklichung des fundamentalen Princips der Einigkeit und collegialen Solidarität. 2. Läuterung des Standes durch genaue Festlegung der Bestimmungen über das literarische Eigenthum. 3. Austausch der periodischen Zeitschriften auf der Basis des Subscriptionspreises. 4. Systematisches und geregeltes Eintreten für die Publicirung des zu den biologischen Wissenschaften und zur Medicin gehörigen Materials auf den internationalen Congressen.

Posner wünscht, dass in allen Ländern nationale Vereine errichtet werden in ähnlicher Weise wie diejenigen der medicinischen Presse in Frankreich, Deutschland und Oesterreich, die bisher sehr Gutes geleistet haben. Diese Vereine geben dann eine gute Basis für die zu gründende internationale medicinische Pressvereinigung. Schliesslich stellt er beim Congress die folgenden Anträge: Es ist eine internationale medicinische Pressvereinigung zu gründen, die folgende Zwecke verfolgt: 1. Die collegialen Beziehungen der medicinischen Presse in den verschiedenen Ländern zu pflegen; 2. die gemeinsamen Interessen der medicinischen Presse zu vertreten (Schutz des geistigen Eigenthums, Austausch der Journale, Abfassung gemeinsamer Berichte etc.); 3. ein Executivcomité zu erwählen, dessen Mitglieder den verschiedenen Ländern angehören sollen und welches die Aufgabe hat, Statuten und Gesetze auszuarbeiten und speciell nationale Pressvereine in denjenigen Ländern in das Leben zu rufen, die solche noch nicht besitzen.

Die Vorschläge Posner's werden einstimmig angenommen, ebenso dessen weitere Vorschläge, das Comité des Congresses als provisorisches Bureau der Vereinigung zu ernennen, welches Bureau für das nächste Jahr einen internationalen Congress einberufen soll, auf welchem dann die Statuten besprochen werden können.

Jayle verlangt die Beifügung einer Clausel, dass die Directoren, Secretäre und Redacteure der Zeitschriften an der internationalen Pressvereinigung sich betheiligen können. Blondel

ist der Ansicht, dass die internationale Pressvereinigung ein ständiges internationales Comité haben soll, das aus Delegaten aller Länder zusammengesetzt ist. Cornil sagt, dass es sehr oft der Fall ist, dass der Eigenthümer eines Journals zugleich dessen ständiger Redacteur ist. Wenn der Director ein Industrieller ist, so kommt es nur selten vor, dass er die Redacteure ausbeutet. Das kommt vielleicht in einigen Ländern vor, bildet aber die Ausnahme. Bei einem medicinischen Journal sind die Mitarbeiter gewöhnlich Professoren und Gelehrte; wo fängt da die Profession des Journalisten an und wo hört sie auf? Immerhin ist es selbstverständlich, dass die Journalisten in dem Sinne, wie sie von verschiedenen Seiten so genannt wurden, sich an der Pressvereinigung betheiligen können. Ein dahingehender Antrag Jayle's ist daher unnöthig. Darauf werden folgende Anträge Blondel's angenommen:

Die Statuten dieser internationalen Vereinigung werden dem nächsten internationalen medicinischen Presscongress unterbreitet werden.

Sie werden durch ein für diesen Zweck aufgestelltes internationales Comité vorbereitet werden.

Die Mitglieder dieses Comités werden in jedem Lande durch die Vereinigung der medicinischen Journalisten, die zu diesem Zwecke zusammenberufen werden, erwählt.

Das Bureau des gegenwärtigen Congresses wird in provisorischer Weise die Vermittelung zwischen den verschiedenen nationalen Gruppen übernehmen, die mit der Bildung eines internationalen Comités beauftragt sind.

Jayle stellt dann nochmals seinen früheren Antrag, dass die medicinischen Journalisten einen Theil der internationalen Vereinigung bilden sollen, welcher Antrag nunmehr auch einstimmig angenommen wird.

Hiermit ist die internationale medicinische Pressvereinigung gegründet.

Vor Aufhebung der Sitzung giebt Cornil einen kurzen Ueberblick über die Leistungen dieses ersten Congresses und dankt im Namen aller Mitglieder Prof. Virchow auf das Wärmste für seine rege Theilnahme an der geleisteten Arbeit.

Als Sitz des nächsten internationalen Congresses, der im nächsten Jahre stattfinden wird, wird Brüssel bestimmt.

Um 8 Uhr Abends fand ein Schlussbanquet statt, dem eine brillante Soirée folgte.

Referate und Kritiken.

Fractures. By Carl Beck, M.D. With an Appendix on the Practical Use of the Röntgen Rays. 178 Illustrations. Published by W. B. Saunders & Co., Philadelphia, 1900.

An Hand- und Lehrbüchern über „Fracturen" war ja im Allgemeinen kein Mangel, allein das uns vorliegende von B. verfasste Werk dürfte bis jetzt wohl einzig in seiner Art in der medicinischen Literatur dastehen und alle seine Vorgänger dermaassen übertreffen, dass es für lange Zeit als Muster und Vorbild für alle Darstellungen und Abhandlungen über Knochenbrüche gelten wird. Und dies hat seinen Grund darin, dass der Verfasser, selbst ein unermüdlicher Arbeiter auf dem Gebiete der Röntgenphotographie, es meisterhaft verstanden hat, die epochemachende Entdeckung Röntgen's seinem Werke dienstbar zu machen. Es ist unnöthig, hier zu betonen, von welchem unschätzbarem Vortheil die Röntgenstrahlen sich für die Diagnose und namentlich auch für die Therapie der Knochenbrüche erwiesen haben. Früher war man einzig und allein auf Untersuchungsmethoden angewiesen, die ja für viele Fälle vollkommen brauchbar und ausreichend waren, die sich aber auch sehr oft, und zwar eben so zum Schaden des Patienten, wie seines Arztes, als unzureichend und irreleitend erwiesen. Und diese Verhältnisse drückten naturgemäss auch den Lehrbüchern über diesen Gegenstand ihren getreuen Stempel auf. Die darin gegebenen Darstellungen und Schilderungen beruhten zum Theil auf den erwähnten Untersuchungsmethoden, zum Theil auf Beobachtungen an der Leiche. Ebenso verhielt es sich mit den beigefügten Abbildungen, die ja meist sehr instructiv, allein aus schon angedeuteten Gründen nichts weniger wie absolut genau waren.

Wie ganz anders liegen die Verhältnisse in dem Beck'schen Werke! Wenn Hoffa in der Vorrede zur ersten Auflage seines bekannten Lehrbuches der „Fracturen und Luxationen" ganz besonders den Satz „Anschauung ist die Seele des Unterrichtes" betont, so hat diese Forderung in ganz hervorragender Weise ihre Erfüllung in dem von Beck verfassten Werke gefunden. Hier ist die Darstellung ein Ergebniss directer Beobachtungen und Studien am Lebenden, Studien so genau, wie dieselben nur durch die Photographie ermöglicht sind. Es sind darin zwar auch einige wenige schematische Abbildungen enthalten, die grosse Mehrzahl derselben jedoch besteht aus Skiagrammen, die direct vom Lebenden genommen sind, und zwar in den verschiedensten Zeitmomenten, Stunden, Tage, Monate und Jahre nach erfolgter Verletzung. Und zwar sind diese Skiagramme von einer Deutlichkeit und Klarheit, wie man es bisher selten zu sehen gewohnt war, und gereichen dieselben bezüglich ihrer Aufnahme dem Verf., bezüglich ihrer Reproduction in dem vorliegenden Buche dem Verleger zur ganz besonderen Ehre. Sie erläutern die einschlägigen Verhältnisse besser als

die geschickteste Darstellung in Worten und sind daher weit instructiver als Bände voll Text. Bezüglich des letzteren konnte sich daher Verf. sehr knapp fassen und sich alle weitschweifigen und langathmigen Erklärungen ersparen, gewiss ein weiterer unbestreitbarer Vorzug des Werkes, das nach folgendem Plan aufgebaut ist: Einleitung, Allgemeines über Knochenbrüche (Eintheilung, Statistisches, Symptomatologie, Diagnose, Prognose, Heilungsvorgänge, Störungen in der Heilung, Behandlung, besondere Verhältnisse bei den Knochenbrüchen der Kinder), und die Brüche der den verschiedenen Körperregionen angehörenden Knochen (obere und untere Extremität, Stamm und Kopf). Und jeder Typus eines Knochenbruches ist illustrirt durch ein oder mehrere Skiagramme.

Ein sehr willkommener Anhang ist das Capitel über die practische Anwendung der Röntgenstrahlen, von welchen wieder der Abschnitt „Irrthümer der Skiagraphie" von ganz besonderem Interesse und von specieller Wichtigkeit ist.

Das B e c k'sche Buch über Fracturen ist eine ganz vorzügliche Leistung auf diesem Gebiete und wir können dem Verf. des Werkes zur Schaffung desselben nur gratuliren. B. hat das Buch R ö n t g e n gewidmet „without whose discovery much of this book could not have been written." Druck, Papier und Ausstattung des Buches sind, wie bei allen Saunders'schen Verlagsartikeln, vortrefflich.

Die neuesten Arzneimittel und ihre Dosirung inclusive Serum- und Organtherapie in alphabetischer Reihenfolge. Für Aerzte und Apotheker bearbeitet von Sanitätsrath Dr. P e t e r s. Zweite Auflage. Verlag von Franz Deuticke. Leipzig und Wien 1900.

Der Zweck des kleinen 235 S. starken Werkchens ist aus dem Titel ersichtlich. Es soll ein kurz gefasstes Nachschlagebuch zur raschen und sicheren Orientirung auf dem Gebiete der n e u e s t e n Arzneimittel und der damit bisher gemachten Erfahrungen sein. Schon eine flüchtige Durchsicht des Büchleins lässt erkennen, dass dasselbe mit zu den besten Erscheinungen der in dieses Gebiet gehörigen medicinischen Literatur zählt. Die einzelnen Arzneimittel sind übersichtlich geordnet, bei jedem einzelnen sind die Natur desselben, die hervorragendsten Eigenschaften, Dosirung, Wirkungsweise, Preis und Bezugsquelle angegeben. Bei vielen derselben finden sich ausserdem noch die einschlägigen Literaturangaben oder im Kleindruck kurze Excerpte, die der neueren medicinischen Literatur entnommen sind, beigefügt. Das in Taschenbuchformat erschienene und vorzüglich ausgestattete Büchlein kann den Collegen auf das wärmste empfohlen werden.

G o e t h e's *Beziehungen zur Medicin.* Ein populärer Vortrag, erweitert, mit Literatur und Anmerkungen versehen, nebst G o e t h e's Geburts- und Todesanzeige von Dr. P. H.

Gerber, Privatdocent an der Universität in Königsberg. Verlag von S. Karger. Berlin 1900.

G. schildert uns in einem hochinteressanten Vortrag Goethe und seine vielfachen Beziehungen zur Medicin und zwar auf der einen Seite Goethe als leidenden, kranken Mensch, auf der anderen Seite als Lernenden und Lehrenden auf dem medicinischen Gebiete. Wir erfahren auf diese Weise, dass Goethe schon durch seine Geburt der Heilkunde — wenigstens seiner Vaterstadt — einen grossen Dienst leistete. Denn — so erzählt er selbst — durch Ungeschicklichkeit der Hebamme kam ich für todt auf die Welt und durch vielfache Bemühungen brachte es man dahin, dass ich das Licht erblickte. Dieser Umstand, welcher die Meinigen in grosse Noth versetzt hatte, gereichte jedoch meinen Mitbürgern zum Vortheile, indem mein Grossvater, der Schultheiss Johann Wolfgang Textor, diesen Anlass nahm, dass ein Geburtshelfer angestellt und der Hebammenunterricht eingeführt oder erneuert wurde, welches dann manchem der Nachgeborenen mag zu gute gekommen sein." Als Kind wurde Goethe von den Pocken befallen, wie er selbst in seiner Autobiographie berichtet und nimmt er bei Schilderung dieser Erkrankung Veranlassung, sich als begeisterten Anhänger der Schutzpockenimpfung zu documentiren. Aber auch die anderen Kinderkrankheiten scheint er durchgemacht zu haben. „Weder von Masern noch Windplattern" — schreibt er in Dichtung und Wahrheit — „und wie die Quälgeister der Jugend heissen mögen, blieb ich verschont, und jedesmal versicherte man mir, es wäre ein Glück, dass dieses Uebel nun für immer vorüber sei; aber leider drohte schon wieder ein anderes im Hintergrunde und rückte heran." In seiner Jünglingszeit wurde Goethe plötzlich von einem heftigen Blutsturz befallen, so dass er mehrere Tage zwischen Leben und Tod schwebte. Woher dieser Blutsturz, der sich in Goethe's späterem Alter — nach der Nachricht von dem plötzlichen Tode seines Sohnes — noch einmal wiederholte, stammte, welche Organerkrankung ihm zu Grunde lag, ist nicht sicher bekannt. Von Goethe selbst, wie von seiner Umgebung, wurde zuerst an eine Lungenblutung geglaubt; späterhin wurde die Lunge für gesund erklärt und der Sitz des Uebels in den Magen verlegt. Dr. Vogel aber, der Arzt, der Goethe in der letzten Periode seines Lebens behandelte, spricht wiederholt von einem „Lungenblutsturze." Obwohl nun Goethe, wie es scheint, tuberculös durchaus nicht belastet gewesen ist und ein hohes Alter bei im Allgemeinen doch gutem Befinden erreicht hat, spricht alles am ehesten noch für eine latente Herderkrankung in der Lunge, die sich abgecapselt und keine weiteren Erscheinungen hervorgerufen hat, bis sie dann viele Jahre später noch einmal hervorgebrochen ist. Hierfür sprechen: der wiederholt aufgetretene Brustschmerz, eine Geschwulst am Halse, die geschnitten und dann lange mit Höllenstein behandelt werden musste und die man wohl am ehesten für eine vereiterte tu-

berculöse Halsdrüse halten darf; das häufige „Wundsein im Halse" und nicht zuletzt Goethe's Neigung zu Catarrhen und seine Empfindlichkeit gegen Witterungseinflüsse.

G. nimmt entschieden Stellung gegen die Annahme Freund's, dass Goethe syphilitisch gewesen sei, eine Annahme, die nach seiner Ansicht eine durch nichts bewiesene, nur schlecht gestützte Hypothese ist. Allerdings stehen die Gegengründe die G. anführt, ebenfalls auf nur sehr schwachen Füssen. Er citirt nämlich eine in Goethe's Werken nicht abgedruckte, aber in den „Lesarten" zum ersten Bande der Sophienausgabe — als ursprüngliche No. II der römischen Elegien wiedergegebene Stelle —, die folgendermassen lautet:

Eines nur fleh' ich im Stillen, an euch, ihr Grazien, wend' ich
Dieses heisse Gebet tief aus dem Busen herauf.
Schützet mir mein kleines, mein artiges Gärtchen, entfernet
Jegliches Uebel von mir, reichet mir Amor die Hand,
O! so gebet mir stets sobald ich dem Schelmen vertraue
Ohne Sorgen und Furcht, ohne Gefahr den Genuss.

„Hätte Goethe sich in Leipzig infizirt," — so argumentirt G. — „würde er dann noch in Rom gebetet haben, sein Gärtchen zu schützen und jegliches Uebel von ihm abzuwehren. Ist das bei Goethe's intimen medicinischen Kenntnissen anzunehmen?"

Auch in der zweiten Hälfte seines Lebens ist Goethe vielen Krankheiten unterworfen gewesen. Im Jahre 1780 machte er eine Krankheit durch, die wir, wie G. meint, jetzt Influenza nennen würden. Im Anfang des Jahres 1805 erkrankte er schwer an Nierenkolik und im Jahre 1823 an Herzbeutelentzündung. Mitte November 1830 erfolgte der schon erwähnte zweite Blutsturz, von dem Goethe sich jedoch wieder vollständig erholte. Mitte März 1832 zog er sich bei einer Ausfahrt eine Erkältung zu, aus der sich ein „Catarrhalfieber" entwickelte, dem er dann auch erlag.

Was den zweiten Theil des Vortrages betrifft, Goethe als Lernender und Lehrender auf medicinischem Gebiete, so erfahren wir, dass Goethe schon bei seinen Universitätsstudien sich mehr zur Medicin hingezogen fühlte, wie zur Jurisprudenz, sein Umgang daher hauptsächlich aus Medicinern bestand, ein Umstand, der sicher nicht ohne Einfluss auf Goethe's spätere Beziehungen zur Medicin geblieben ist. Er hörte Chemie und Anatomie und arbeitete selbst fleissig auf dem anatomischen Präparirboden. Ob in Weimar oder Jena, im mündlichen oder schriftlichen Verkehr mit den bedeutendsten Anatomen seiner Zeit, Loder, Blumenbach, Camper und Soemmering, welch' letzteren Berufung nach Jena er selbst veranlasst hatte, ob am Lido von Venedig oder im glänzenden Hoflager zu Breslau, überall beschäftigten ihn anatomische, speciell osteologische Pro-

lleme. Es würde zu weit führen, auf alles hinzuweisen, was Goethe in naturwissenschaftlicher und speciell medicinischer Beziehung geleistet hat, es genüge nur, seine Entdeckung des Zwischenkiefers beim Menschen zu erwähnen, um zu verstehen, dass Goethe in der Medicin nicht auf der Stufe eines Diletanten stehen geblieben ist.

Leider ist die vorliegende Abhandlung, so sehr interessant sie in jeder Beziehung ist, von einem allzu begeisterten und enthusiasmirten Goetheverehrer geschrieben, so dass derselbe etwas mehr Nüchternheit zu wünschen wäre. Wer nicht durch dieselbe Brille wie der Verf. sieht, wird manchen seiner Ideengänge nicht folgen können. So spricht er an einer Stelle von Goethe's „klarem Götterauge," oder bezeichnet als einen „wahrhaft trostlosen Gedanken," sich vorstellen zu müssen, dass es keinen Faust, Werther und Wilhelm Meister, keine Iphigenie und keine Goethe'schen Lieder gäbe, und wieder an anderer Stelle geräth er in Exstase, weil Goethe in einem Briefe von Karlsbad aus schreibt: „Vom Granit durch die ganze Schöpfung durch bis zu den Weibern, alles hat beigetragen, mir den Aufenthalt angenehm und interessant zu machen!" G. macht sich über diese Stelle in folgender Weise Luft: „Sehen Sie, meine geehrten Anwesenden, das ist echter Goethe! Granit und Weiber in einem Satz zusammengestellt, das thut nur ein Geist, der mit Adlersspannen die weite Schöpfung umfasst, und dem eines darin des Interesses nicht minder werth erscheint, wie das andere."

R.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

Centralblatt für innere Medicin, 1900 No. 10 mit 20.

1) Overlach: *Zur Kenntniss einiger neuer Arzneimittel.* I. Fortoin, ein neues Cotoin-Präparat.

Das Cotoin verum, ein Product der echten Cotorinde, ist fast in Vergessenheit gerathen und zwar mit Unrecht, weil dasselbe ein vorzügliches antidiarrhoisches Mittel darstellte. Fortoin ist ein Formaldehydcotoin oder Methylendicotoin, wird dargestellt durch Einwirkung von Formaldehyd auf Cotoin, bildet schöne gelbe, im Geruch zart an Zimmt erinnernde geschmackfreie Crystalle bezw. ein gelbes Pulver. Die von O. empfohlene Dosis für erwachsene Pat. beträgt 0.25 g 3 mal täglich, doch wird auch eine dreimalige Tagesgabe von 0.5 ohne jede Störung vertragen.

Das Fortoin übt eine richtige Heilwirkung, beruhend auf einer beim Cotoin schon constatirten, durch active, nicht paralytische Erweiterung der Bauchgefässe gesteigerten Ernährung der Darmschleimhaut und dadurch beschleunigte Regeneration der abgestossenen Epithelien. Diese Heilwirkung behauptete sich

auch in jenen häufigen Fällen, wo der Erfolg der besten Tanninpräparate nur ein scheinbarer bleibt, wo mit dem Aufhören der Tanninmedication der Durchfall gleich wieder einsetzt. Aber auch eine bedeutende fäulnisswidrige, bactericide Kraft wohnt dem Fortoin inne. O. sah faulige, eitrige Beläge der Mandeln nach dreimaliger Pinselung mit Fortoinemulsion von 0.5 in 5 ccm. Alcohol plus 45 ccm. Aq. dest. in 24 Stunden vollständig schwinden. Bei Gonorrhoe, wo mit dem massenhaften, dickrahmigen Eiter Fetzen von Urethralschleimhaut abgingen, das ganze Glied bedeutend geschwollen und der Schmerz sichtbar sehr stark war, trat unter Spülungen mit Verdünnungen einer Fortoinemulsion von 1 g auf 10 ccm Alcohol (95procentig) plus 150 ccm Aq. dest. (hiervon nach Umschütteln 1 Esslöffel auf je 100 g Wasser) im Verlaufe von 14 Tagen völlige Heilung ein. Bei leichteren Fällen genügte 3—8tägige Verwendung. Beim Typhus wandte O. das Fortoin nur in 8 Fällen an, 5 mal mit eclatantem, 3 mal ohne wesentlichen Erfolg.

2) Z. Hirota: *Noch einmal zur Kakke der Säuglinge.*

Aus den von H. mitgetheilten Beobachtungen geht hervor, dass die Erscheinungen von schwerer Kakke bei Säuglingen nicht nur bei leichtester Kakke der Mutter, sondern auch sehr frühzeitig schon in der Zeit auftreten, wo die Mutter noch davon vollkommen frei zu sein scheint.

3) H. J. Hamburger: *Untersuchung des Harns mittels combinirter Anwendung von Gefrierpunkt- und Blutkörperchenmethode.*

Die Arbeit ist zu einem kurzen Referat nicht geeignet.

4) E. v. Czyhlarz und J. Donath: *Ein Beitrag zur Lehre von der Entgiftung.*

Die Verf. umschnürten bei Meerschweinchen eine hintere Extremität möglichst weit oberhalb des Knies so fest, dass ein Abfluss von Blut oder Lymphe centripetalwärts als ausgeschlossen betrachtet werden konnte. Sodann injicirten sie in die derart abgebundene Extremität eine Quantität von Strychnin, die sie bei gleich schweren Controllthieren als in 2—5 Minuten absolut sicher letal wirkend erkannt hatten. Die Injectionsstelle wurde mit Collodium verklebt. Nach Ablauf von 1—4 Stunden wurde nun die Ligatur vom Oberschenkel des Meerschweinchens wieder abgenommen. Es zeigte sich nun, dass alle diese Thiere — 12 an der Zahl —, obgleich ihnen eine sonst in einigen Minuten letal wirkende Dosis Strychnin injicirt worden war, vollständig gesund blieben und zwar dies während einer bei den meisten mehrwöchentlichen Beobachtungsdauer. Wenn man daraus eine Schlussfolgerung zieht, so kann es nur die sein, dass durch das Unterhautzellgewebe, die Musculatur und die in diesen befindliche Blut- und Lymphflüssigkeit das Strychnin in irgend einer Weise in vivo gebunden bezw. neutralisirt wurde. Die Verf.

erinnern noch daran, dass ihre Versuche vielleicht in Parallele zu setzen sind mit der Ligatur, wie sie bei Schlangenbiss schon seit langer Zeit zu therapeutischen Zwecken geübt wird, allerdings verbunden mit Excisionen, Aetzungen etc. in der Absicht, das Gift auf seinem Wege zu den Centren so lange aufzuhalten, bis die erwähnten Eingriffe es entfernt oder vernichtet hätten. Es wird vielleicht auch hierbei der Ligatur eine grössere Bedeutung zukommen als den übrigen Proceduren.

5) L. Grünwald: *Die Bedeutung der hypeosinophilen Granula,* und

6) Bettmann: *Erwiderung auf vorstehenden Artikel des Herrn* Dr. Grünwald.

Die Arbeit von G. ist gegen eine in No. 5 (1900) des Centralblattes erschienene Veröffentlichung von Seiten Bettmann's gerichtet, und findet wieder eine Erwiderung durch B.

7) Friedeberg: *Einige Bemerkungen über Aspirin.*

Das Aspirin ist seiner chemischen Beschaffenheit nach Acetylsalicylsäure, crystallisirt in weissen Nadeln und ist in Alcohol leicht, in Wasser schwer löslich. Im Gegensatze zum Salicyl hat es einen angenehmen, leicht säuerlichen Geschmack und greift vor Allem den Magen in keiner Weise an. Der Grund hierfür liegt darin, dass es den Magen unverändert passirt und erst im alkalischen Darmsafte zur Spaltung gelangt. Für die Herzthätigkeit hat Aspirin keine üblen Folgen, eben so wenig veranlasst es — in physiologischen Dosen verabreicht — Ohrensausen oder periodische Taubheit. Bei allen diesen Vorzügen vor dem Salicyl wirkt es in derselben günstigen Weise, wie dieses resorbirend, schmerzstillend und antifebril.

F. konnte auf Grund seiner bisherigen Beobachtungen unbedingt feststellen, dass Aspirin ausserordentlich geeignet ist, in vielen Fällen Salicyl vollwerthig zu ersetzen. Es wird sich empfehlen in solchen Fällen, wo Nebenwirkungen des Salicyls einem Pat. eventuell lästig oder schädlich sein können, nicht erst Salicyl zu versuchen, sondern von vornherein Aspirin anzuwenden. Das trifft besonders für solche Kranke zu, welche einen irritablen Magen besitzen, oder welche ein Herz- oder Ohrenleiden haben. Ferner ist Aspirin dem Salicyl dann vorzuziehen, wenn es sich darum handelt, einen schnellen Effect zu erzielen, z. B. bei schwerem, acutem Gelenkrheumatismus und grösseren serösen Exsudaten. Ein Zeitverlust in der Heilung durch öfteres Aussetzen des Mittels, wie dies bei Salicyl meist nöthig, wird bei der Anwendung von Aspirin erspart, da dasselbe, ohne zu schaden, eine Woche und darüber in Tagesdosen von 4—5 g gegeben werden kann.

F. schliesst seine Arbeit mit dem Wunsche, dass der Gebrauch des Aspirins in geeigneten Fällen sich bald in weiteren Kreisen einbürgern möge.

8) A. Keller: *Ueber Nahrungspausen bei der Säuglingsernährung.*

In der Universitäts-Kinderklinik zu Breslau erhalten die gesunden Säuglinge niemals mehr als 5 Mahlzeiten in 24 Stunden und die Ernährungserfolge in dieser Klinik sind nach Ansicht von K. nicht zum wenigsten auf diese Verordnung zurückzuführen.

9) V. Arnold: *Ueber Nachweis und Vorkommen der Acetessigsäure in pathologischem Harn.*

A. ist auf Grund zahlreicher Untersuchungen zu dem Ergebnisse gelangt, dass eine Acetonurie eigentlich nicht zu Recht besteht, da in allen Fällen, in welchen das Bestehen eine Acetonurie, d. i. einer Ausscheidung präformirten Acetons angenommen wurde, die auf diesen Punkt gerichtete Untersuchung die ausschliessliche Anwesenheit von Acetessigsäure im Harn erwies. A. machte ferner die Beobachtung, dass die meisten Harne, die zwar eine positive Legal'sche Reaction, aber keine Gerhardt'sche Eisenchloridreaction dargeboten hatten, doch eine positive Diazoacetophenonreaction darboten. Damit war die Anwesenheit der Acetessigsäure in solchen Harnen sichergestellt. Die sog. Acetonurie ist eigentlich eine Diaceturie, d. h. beruht auf Ausscheidung von Acetessigsäure, deren Quantität jedoch noch zu gering ist, um eine positive Gerhardt'sche Reaction hervorzurufen. Entgegen der Ansicht der Autoren sieht man also, dass die Legal'sche Reaction an Empfindlichkeit die Gerhardt'sche übertrifft, falls es sich um den Nachweis von Acetessigsäure im Harn handelt. Zwischen sog. Acetonurie und Diaceturie besteht also keineswegs ein principieller qualitativer Unterschied, sondern nur ein quantitativer, da beide Zustände nur quantitativ verschiedene Grade einer und derselben Stoffwechselstörung darstellen, d. i. auf Ausscheidung von Acetessigsäure beruhen.

10) P. Cohnheim: *Eine neue, allgemein anwendbare Formel zur Restbestimmung im Magen.* (Verallgemeinerung der Mathieu'schen Methode.)

Die Mathieu'sche Methode setzt einen sauren Mageninhalt voraus. Daher giebt C. eine Modification derselben an, welche die Bestimmung des Gesammtrückstandes auch bei Säurearmuth ermöglicht. Er benutzt in diesen Fällen zum Verdünnen eine Salzsäurelösung von bekannter Acidität. Mit Hülfe der von ihm entwickelten Formel lässt sich der Gesammtrückstand dann berechnen. Die Mathieu'sche Methode erfordert 2 Messungen und 2 Titrirungen, die Methode des Verf. eine Titrirung mehr, beide Methoden somit sehr einfach. Für Restbestimmungen im Allgemeinen empfiehlt sich die Methode Mathieu's, für Achylien und Hypochylien das Verfahren des Verfassers.

11) H. Haenel: *Nephritis bei Varicellen.*

Ein 9jähriges Mädchen bekam nach abgelaufenem Keuchhusten plötzlich hohes Fieber, ohne dass anfangs eine Ursache

für dasselbe nachweisbar war. Am 2. Tage enthielt der Urin Eiweiss, hyaline und gekörnte Cylinder, ebenso weisse, jedoch keine rothen Blutkörperchen. Das Fieber bestand in Form einer Continua 7 Tage lang, dabei war das Allgemeinbefinden wenig gestört, und Oedeme traten nicht auf. Am 8. Tage steiler Fieberanfall, am 10. Tage wieder Fieberanstieg, zugleich Auftreten eines Varicellenbläschen am Kinn, dem noch einige wenige folgten. Vom 10. oder 12. Tage an war kein Eiweiss mehr im Urin nachweisbar und kehrte auch in der Folgezeit nicht wieder. Bei zwei anderen Kindern stellte sich nach Ablauf der Varicellen Fieber ein.

Centralblatt für Chirurgie, 1900 No. 3 mit 20.

1) M. Schüller: *Zur Controlle von Dampfsterilisirapparaten.* Die Mittheilung Dr. Sticher's in No. 49 d. Centralblattes 1899 „ein einfacher Controllapparat für Dampfsterilisiröfen" veranlasst Sch., darauf hinzuweisen, dass er seit einer Reihe von Jahren zum angegebenen Zwecke sich kleiner Maximalthermometer bedient. Dieselben sind etwa 10 cm lang, aus starkem Glas, das eine mit einer Scala von 70—110° C., das andere mit einer solchen von 75—130° C. Beide sind genau geprüft und zeigen die Temperaturen im Innern der Apparate ganz exact an.

2) L. Feilchenfeld: *Zur Prophylaxis bei der Chloroformnarkose.*

Von der Beobachtung ausgehend, dass bei sonst völlig Gesunden Aufregungszustände, die mit Angstgefühlen, Herzklopfen und Pulsbeschleunigung einhergingen, äusserst günstig durch Darreichung von kleinen Dosen Strophantus beeinflusst wurden, und in der Annahme, dass für fast jeden Menschen, der sich einer grösseren Operation unterzieht, Grund genug für eine heftige innere Erregung gegeben ist, empfiehlt F., dass der absolut unschuldige Versuch allgemein gemacht werden sollte, an den beiden letzten Abenden vor der Operation, sowie am Morgen desselben direct nach der letzten Mahlzeit je 5—6 Tropfen der Tinctura Strophanti den Pat. zu verabfolgen. Die dahingehenden Versuche, die F. in einem Berliner Krankenhaus angeregt hatte, waren von günstigem Erfolg begleitet.

3) W. Schulthess: *Offener Brief an Herrn Privatdocenten* Dr. Vulpius *in Heidelberg.*

4) O. Vulpius: *Antwort an Herrn Privatdocenten* Dr. Schulthess *in Zürich.*

Beides sind Controversartikel anlässlich des von Sch. in der chirurgischen Section der Naturforscherversammlung 1899 gehaltenen Vortrages „Vermehrt oder vermindert das orthopädische Korsett die Torsion" und eines über denselben von V. im Centralblatt (1899, No. 50) veröffentlichten Autoreferates.

5) De Francisco: *Ueber die Anwendung des Golddrahtes bei den Radikaloperationen der Hernien.*

Um die Eiterung, welche manchmal bei der Radicaloperation unter Verwendung der Seidennaht sich einstellt, zu vermeiden, hat Prof. Tansini in Palermo neuerdings den Versuch gemacht, bei diesen Operationen die Seide durch Golddraht zu ersetzen, welcher in der Wunde zurückbleibt. Er wählte Gold, weil dasselbe einen sehr dünnen, zähen und geschmeidigen Faden abgiebt, den man desshalb, ohne irgend eine unangenehme Störung befürchten zu müssen, ruhig in der Wunde lassen kann. Bei Befestigung des Stiches findet das Zusammendrehen mit der Hand statt ohne Zuhülfenahme des Drehstabes: es beansprucht die geringste Zeit und die Haltbarkeit ist die gleiche wie die eines gewöhnlichen Knotens. Die Enden des Drahtes biegt man um und drückt sie ins Fleisch, bei der oberen Naht dagegen genügt es, in Folge der grossen Feinheit des Drahtes, sie einfach umzubiegen. Die bisherigen Erfahrungen an 10 Fällen sind sehr günstig ausgefallen. Bemerkenswerth ist folgender Fall: Bei einem alten Manne mit Hernia inguinalis duplex wurde die zweiseitige Radicaloperation ausgeführt. Auf der einen Seite verwandte man zur Naht Golddraht, auf der anderen Seidenfäden. Auf beiden Seiten erfolgte vollständige Heilung per primam; 4 Monate nach der Operation stellte sich ein kleines Recidiv auf der linken mit Seide genähten Seite ein, die rechte, mit Golddraht genäht, blieb vollständig und dauernd geheilt.

6) C. Hübscher: *Streckmetall, ein neues Schienenmaterial, besonders für kriegschirurgische Zwecke.*

Unter Streckmetall versteht man ein in der jüngsten Zeit in die Bautechnik eingeführtes, gitterförmig gestanztes Blech, das in Verbindung mit Gips oder Cement zu Wänden, Fussböden und Decken verwendet wird. Dasselbe eignet sich nun nach den Versuchen des Verf. in hervorragender Weise zur Herstellung jeder Art von Schienen und Lagerungsverbänden; in Verbindung mit Gipsbrei giebt es Verbände von unerreichter Festigkeit. Für kriegschirurgische Zwecke empfiehlt H. das Streckmetall besonders deshalb, weil das Blech ein geringes Gewicht hat (Streckmetall wird auch aus Aluminium hergestellt) und wenig Platz beansprucht. In ganzen Tafeln oder in Schienen kann dasselbe gut untergebracht und transportirt werden.

7) O. Witzel: *Ueber den Verschluss von Bauchwunden und Bruchpforten durch versenkte Silberdrahtnetze.* (Einheilung von Filigranpelotten.)

Zum Schutze gegen die Entstehung von Bauchbrüchen und zur Abwehr von Bruchrecidiven empfiehlt W. die Versenkung von Filigranpelotten und skizzirt mit kurzer Begründung das technische Vorgehen nach dieser Methode. Zugleich macht er darauf aufmerksam, dass es nahe liegt, auf Grund der damit gemachten Erfahrungen für den heteroplastischen Verschluss von Schädeldefecten u. dgl. das Filigrannetz an Stelle der Celluloidplatten zu verwenden, bei denen ja die leichteste Störung der

prima intentio die Einheilung vereitelt, und event. auch Filigranröhren zum Knochenersatz zu gebrauchen.

8) A. B. Tichonowitch: *Zur Frage von der operativen Behandlung der Neuralgie des N. trigeminus.* Anatom-topographische Kritik der Verfahren zur Resection des Ganglion Gasseri.

Verf. unterzieht die verschiedenen Methoden der Resection des Ganglion Gasseri einer vergleichenden Kritik und erkennt das Verfahren von Quénu und Sebileau als das zweckmässigste an. Die verhältnissmässig einfache Technik der Operation nach diesem Verfahren, der geringe Umfang der Knochenresectionen, der gefahrlose Weg zum Foramen ovale zwischen dem Knochen und dem Periost, das Fehlen grosser Gefässe, die leichte Orientirung in den Geweben, durch welche man zum Ziel vordringt, die günstigen Bedingungen für die Anlegung einer Ligatur an die A. meningea media, die man dazu meistentheils gut schützen kann, die ziemlich kleinen Dimensionen der zur Bloslegung des Ganglions nöthigen Knochenbresche, endlich der Schutz des Knochendefectes durch die zahlreichen hinter dem provisorisch resecirten Arcus zygomaticus gelegenen Organe, die Sicherheit der Consolidation des Jochbogens durch die breite Oberfläche des vorderen Resectionsschnittes, alles das stellt den grossen Vortheil des in Rede stehenden Verfahrens dar und berechtigt zur Anerkennung des Verfahrens von Quénu und Sebileau als des zweckmässigsten. Dasselbe schliesst die Vortheile der „temporalen," sowie der „basalen" Verfahren in sich, ohne die Hauptfehler zu besitzen, welche dem einen und dem anderen eigen sind.

9) J. Schoemaker: *Etagennaht ohne verlorene Fäden.*

Um eine Bauchwunde so zu vernähen, dass alle Fäden nachher wieder herausgenommen werden können, selbst wenn man die verschiedenen Etagen jede für sich verschloss, beschreibt Sch. eine Naht, die Aehnlichkeit mit dem Kettenstich der alten Nähmaschinen hat. Das Princip ist, dass jede Schlinge durch die folgende gefasst wird, aber ihren Halt verliert, sobald diese letztere zurückgezogen wird — darnach wird dann wieder die vorige frei, und so folgt der ganze Faden. Ein Vortheil dieser Naht liegt darin, dass sie um so leichter entfernt wird, je fester sie angelegt war, und dass sie die Wundränder mit einander in lückenlose breite Berührung bringt. Das Anlegen ist zwar complicirter als bei einer gewöhnlichen fortlaufenden Naht, aber es lässt sich mit einiger Uebung doch leicht machen. Man nimmt dazu eine Nadel mit einem Oehr neben der Spitze und ahmt damit die Nähmaschine nach, oder man gebraucht eine de Mooy'sche Nadel und zieht damit die eine Schlinge durch die andere.

10) K. Schuchardt: *„Kopfklammer" zur raschen und sicher sitzenden Einhüllung des Kopfes mit steriler Ver-*

bandzange bei aseptischen Operationen, bei der Krankenpflege und bei der Desinfection von Wohnräumen.

Verf. hat aus verschiedenen Gründen die Drahtmasken, mit denen er nach v. Mikulicz's Veröffentlichung einige Zeit hindurch gearbeitet hatte, aufgegeben und sich bemüht, Kopf und Hals einfach mit entsprechend zugeschnittenen Streifen gewöhnlicher Verbandgaze einzuwickeln. Jedoch scheiterten diese Versuche anfangs, weil die Gazestreifen sehr bald wieder abrutschten, selbst wenn sie so fest angelegt wurden, dass eine erhebliche Belästigung dadurch eintrat. Erst als er seine „Kopfklammer" anwendete, gelangte er zu einer überraschend schnell anzulegenden und für Jedermann bequem und sicher sitzenden Kopfeinhüllung. Der hierzu nöthige kleine Apparat besteht aus einem schwach federnden, 2 cm breiten, kreisförmig gebogenen Metallbande, für Stirn und Hinterhaupt mit je einer querovalen Platte versehen, das an seiner hinteren Hälfte aussen einen Knopf trägt und nach Art eines Stirnreflectors am Kopfe befestigt wird.

11) F. Krause: *Der Weg zum Ganglion Gasseri.*

Die Arbeit von A. B. Tichonowitch in No. 12 des Centralblattes (cf. oben) veranlasst K. sich dahin auszusprechen, dass gegen das Verfahren von Quénu und Sebileau die geringere Zugänglichkeit des Operationsfeldes spricht, das ausschlaggebende Moment bei der sehr schwierigen Operation. K. hat jede angegebene Modification des temporalen wie des sphenoidalen Verfahrens an der Leiche geübt, ebenso alle Combinationen der beiden Methoden, niemals aber hat er sich überzeugen können, dass irgend eine das Operationsfeld so frei legt, wie sein temporales Verfahren.

Betreffs der Bildung des Knochenlappens fügt er einige Notizen bei: Er bohrt zuerst am oberen Rande des später zu bildenden uterusförmigen Lappens vorn und hinten von 2 kleinen Schnitten aus mit der Doyen'schen Fraise je ein Loch durch die Schädelcapsel, führt mit Hülfe der von Braatz angegebenen Instrumente eine Gigli'sche Säge quer ein und sägt den Knochen von innen heraus durch; zunächst bleibt die Hautbrücke stehen. Hierauf werden die beiden nach unten laufenden Ränder des Lappens, und zwar, um die Blutung auf das geringste Maass zu beschränken, immer stückweise mit dem Messer gebildet und der Knochen hier mit der Dahlgreen'schen Zange durchschnitten, so weit herunter als dies möglich ist. Nun wird oben die Hautbrücke getrennt und der Knochen mit einem eingesetzten Rasparatorium nach unten umgebrochen. Nun muss die unten stehenbleibende und den Einblick wesentlich hindernde Knochenleiste bis an die Schädelbasis mit der Hohlmeisselzange fortgenommen werden. Vorher hat man natürlich das Periost hier vom grossen Keilbeinflügel und von der Schläfenbeinschuppe stumpf abgeschoben. Nun kann man, ohne den Jochbogen zu reseciren, den an Haut, Schläfenmuskel und Pe-

riost hängenden Lappen über das Jochbein herunterschlagen und hat freien Zugang zur mittleren Schädelgrube.

12) R. v. Baracz: *Zur Technik des Verschlusses des Darmlumens.*

Senn hat zum Verschlusse des Darmlumens eine 1 cm tiefe Invagination des Darmstumpfes und Anlegung einiger Stiche fortlaufender Naht, welche nur Serosa und Muscularis fassen sollen, empfohlen. B. hat diese Verschlussart dahin vereinfacht, dass man die Enden einiger Stiche der nicht zu dicht angelegten fortlaufenden Naht einfach zusammenknotet, d. i. diese Naht in eine Schnürnaht verwandelt. Die Vorzüge seines Verfahrens wären folgende: 1. Der Vorgang ist sehr einfach und lässt sich fast ohne alle Assistenz ausführen; 2. es reicht nur eine Reihe der fortlaufenden Naht aus; 3. es brauchen die blutenden Gefässe in der Schleimhaut nicht unterbunden zu werden; 4. der Verschluss lässt sich in kaum einer Minute ausführen.

Das Verfahren eignet sich besonders zum Verschlusse kleiner Darmlumina (bei Kindern), ferner auch 1. zum Verschlusse des distalen Endes des Ileums, wenn man die Ileocolostomie durch Implantation in das Colon ascendens auszuführen beabsichtigt; 2. zum blinden Verschlusse der resecirten Darmenden, wenn man dann die Enteroanastomose nach Senn's Vorgang auszuführen beabsichtigt; 3. zum Verschlusse des resecirten Processus vermiformis; 4. bei der Ausführung der totalen Darmausschaltung, zum blinden Verschlusse der auszuschaltenden Darmschlinge, wenn das Schaltstück mit den Hautdecken durch eine Fistel communicirt; 5. bei der wegen einer bösartigen Neubildung auszuführenden Darmresection könnte man die zur Resection bestimmte Schlinge provisorisch ausschalten, d. i. an beiden Enden, auf die von B. angegebene Weise, blind verschliessen behufs Versicherung vor möglicher Infection der Peritonealhöhle; 6. endlich zum Verschlusse des Colon descendens, bei der Exstirpation des hochsitzenden Mastdarmkrebses mittels der abdomino-perinealen Methode.

B. ist der Ansicht, dass das Senn'sche wie sein Verfahren das Doyen'sche ersetzen können.

13) O. Witzel: *Nachtrag zur Mittheilungs Ueber den Verschluss von Bauchwunden und Bruchpforten durch versenkte Silberdrahtnetze.*

W. betont, dass er nicht, wie er von verschiedener Seite fälschlich verstanden worden war, fertig gestellte Silberdrahtnetze verwendet, sondern die Geflechte bei der Operation selbst durch Nahtführung herstellt.

14) R. Goepel: *Ueber die Verschliessung von Bruchpforten durch Einheilung geflochtener fertiger Silberdrahtnetze (Silberdrahtpelotten).*

Die Mittheilungen Witzel's über diesen Gegenstand veranlassten G., über seine vor 3½ Jahren begonnenen und seither

fortgeführten, in der gleichen Richtung sich bewegenden Versuche zu berichten. Er versuchte ebenfalls, durch kreuzweises Anlegen von Silberdrahtnähten eine netzförmige Deckung der Bruchpforte zu erzielen, und war dieser Weg ausreichend und geeignet, in leichten Fällen eine sichere Verschliessung der Bruchpforte herbeizuführen. Für die schweren Fälle mit weiter Bruchpforte schien es ihm zweckmässig, von der Anlegung der Naht erst während der Operation abzusehen und ein im Voraus von Seiten des Goldarbeiters durch Flechtung hergestelltes, engmaschiges Silberdrahtnetz in Anwendung zu bringen. Die Vortheile dieser Modification bestehen darin, dass 1. die Bruchränder vor der Verletzung durch die zahlreichen Einstiche und Nahtfassungen bewahrt bleiben, dass 2. die Einlagerung des fertigen Netzes einen viel geringeren Zeitaufwand beansprucht als die Anlegung eines Netzes während der Operation, dass endlich 3. das fertige Netz eine durchaus gleichmässige exacte Beschaffenheit bei der geringsten Anhäufung des fremden Materials in der Wunde zeigt, während bei der Drahtnaht, besonders bei der Ueberbrückung weiter Bruchpforten eine sehr grosse Menge Silberdraht nothwendig ist und trotzdem ein Auseinanderweichen der Drähte und eine Lückenbildung in dem Netze nicht sicher vermeidbar ist.

Ausser der Anwendung zur Verschliessung der Bruchpforte gestattet das Silberdrahtnetz eine weitere Verwendung überall dort, wo es gilt, ein Gewebe mechanisch zu stützen, und wo die aseptischen Bedingungen für die Einheilung eines Fremdkörpers gegeben sind, so zur Stützung des Nasenrückens und der Nasenspitze bei der Nasenplastik, zur Schliessung von Schädeldefecten, zur künstlichen Bildung der Trachea, zur Verschliessung von grossen Defecten der Bauchwand nach Resectionen derselben wegen Tumoren, oder auch, wie Witzel vorschlägt, zum künstlichen Knochenersatz.

15) St. v. Stein: *Gefahrlose Trepanation des Schädels mittels eines neuen korbförmigen Protectors und eines neuen geknöpften Bohrers.*

Die Trepanation wird ausgeführt mit Hülfe des Drillbohrers von E. Braatz oder auch eines anderen beliebigen Drillbohrers und zwar in folgender Weise: Zuerst wird der Knochen bis auf eine gewisse Tiefe mit einem lanzenförmigen Bohrer angebohrt. Um nicht gleichzeitig in die Schädelhöhle einzudringen, wird der Bohrer zur Vorsicht mit einem conischen Protector armirt, aus dessen unterem Ring die Spitze des Bohrers auf einige Millimeter heraustritt. Sobald der Bohrer, welcher sich zusammen mit dem Protector dreht, so weit in die Tiefe dringt, dass der Ring das Schädeldach berührt, so wird ein weiteres Vordringen unmöglich. Dann verschiebt man den Protector auf 1, 2, 3 cm weiter nach oben, je nach der Dicke des Knochens, und führt den Bohrer von Neuem in die Trepanationsöffnung ein. Auf diese

Weise verfährt man so lange (1—2 Minuten), bis man eine kleine Oeffnung in der Lamina vitrea erhalten hat. Dann stellt man den geknöpften Bohrer ein, welcher anstatt der Spitze einen cylindrischen Knopf mit schräg herablaufenden, schneidenden Rändern hat. Dank der letzteren Einrichtung wird der an der Peripherie der Trepanationsöffnung zurückgebliebene Knochen herausgebohrt, wobei sich der Knopf allmählich immer tiefer senkt und dabei die Dura mater vor sich abdrängt, während der Protector eine jede Möglichkeit eines gleichzeitigen Eindringens in die Schädelhöhle beseitigt. Nach Maass des tieferen Eindringens wird die Schutzvorrichtung allmählich höher und höher geschoben. Um einen Begriff zu geben, mit welch einer Geschwindigkeit man arbeiten kann, weist St. darauf hin, dass von ihm an der Leiche im Verlaufe von 20 Minuten 5 Oeffnungen im Schädel geschaffen worden sind einschliesslich der Hautschnitte und der Ablösung des Periosts. Keinmal wurde die Dura verletzt.

16) C. S. Haegler: *Ueber den Verschluss des Darmlumens mit der Tabaksbeutelnaht.*

H. beschreibt kurz eine Modification des Darmlumenverschlusses, die er seit 6 Jahren Collegen und Studirenden oft demonstrirt und deshalb nur nicht weiter bekannt gegeben hat, weil er erst einmal Gelegenheit hatte, sie am Lebenden auszuführen. Das Verfahren ist dem von Baracz mitgetheilten (cf. oben) ganz ähnlich und beruht auf der Anschauung, dass die wurstzipfelförmige Abschnürung des Darmes der sicherste Verschluss ist; nur bleibt auf diese Weise die Mucosa des Zipfelendes im Contacte mit der Peritonealhöhle. Uebernähende Serosanähte geben keine Sicherheit, weil sie beim Wachsen des Innendruckes fast regelmässig durch das hierbei nach aussen vorgestossene, trichterförmige Darmende gesprengt werden. Diese Beobachtung ergab die natürliche Folgerung, dass eine Trichterbildung nach innen die Uebelstände nicht haben könne.

Der Darm wird hart an der Klemme resecirt und um 2—3 cm. noch weiter vom Mesenterium gelöst. Während die Klemme mit Zeigefinger und Daumen gehalten und der Darm auf diese Weise etwas gespannt wird, erfolgt die Anlegung einer circulären Schnürnaht; durch die Drehung des Darmendes um 180°, sobald die Hälfte der Peripherie erreicht ist, kann die Naht ohne Handwechsel ausgeführt werden. Die quer abschliessende Klemme wird nun abgenommen; sie fasst das Darmende senkrecht zur Querrichtung an 2 einander gegenüber liegenden Stellen und stülpt es tief in das Darmlumen. Gleichzeitig zieht der Operateur die Schnürnaht fest und knüpft sie. Der ganze Act nimmt 1—2 Minuten in Anspruch.

Centralblatt für Gynäkologie, 1900, No. 1 mit 4.

1) Sticher: *Ueber Sterilisirung des Nahtmateriales.*

In der Breslauer Universitäts-Frauenklinik (Prof. Küstner)

wird schon seit längerer Zeit statt Catgut Hanf verwendet, der mit Cumol und Petrolbenzin behandelt wurde. St. beschreibt das hierzu nöthige Verfahren und giebt an, dass das nach dieser Methode hergestellte Nähmaterial absolut steril und vor dem nachträglichen Hineingelangen von Keimen geschützt ist. Es ist ferner haltbar, wird die denkbar geringste Fremdkörperwirkung entfalten und sowohl billig als auch bei nur weniger Uebung leicht herstellbar sein, somit allen Anforderungen vollauf Genüge leisten. Für die Brauchbarkeit dieses Nahtmaterials sprechen bereits die Resultate einer grösseren Reihe von Operationen (Laparotomien und Vaginaloperationen), bei welchen, abgesehen von den durch die äussere Haut gelegten (Silkwormgut-)Nähten ausschliesslich Cumolhanf verwendet wurde.

2) H. Füth: *Ueber die Decapitation mit dem* Zweifel'schen *Trachelorhecter.*

Die Arbeit ist grösstentheils gegen die Publication K. A. Herzfeld's „Ueber die Anwendung des Karl Braun'schen Schlüsselhakens" gerichtet und ihr Ergebniss gipfelt in folgenden Sätzen: 1. Trotz oft wiederholter gegentheiliger Versicherungen, namentlich seitens der Wiener Schule, haften dem Braun'schen Schlüsselhaken Mängel an, welche denselben verbesserungsbedürftig (Zweifel), bezüglich einer Reihe anderer Geburtshelfer die Anwendung dieses Instrumentes nicht rathsam erscheinen liessen. 2. Diese Mängel hat der Trachelorhekter nicht. Er gewährleistet einerseits vermöge der zweckentsprechenderen Krümmung seines Halses ein viel leichter zu erreichendes und sicheres Umfassen der kindlichen Halswirbelsäule; andererseits bewirkt er die Durchtrennung derselben mit spielender Leichtigkeit und gestattet hierbei, vollständig in situ zu operiren. 3. Die von Herzfeld gegen den Trachelorhekter erhobenen Vorwürfe bestehen nicht zu Recht. 4. Es ist die Decapitation mit dem Trachelorhekter als das für die Mutter schonendere Verfahren bei überdehnter Cervix und todtem Kinde der Wendung grundsätzlich vorzuziehen.

3) Koblanck: *Zur Narkose.*

Verf. macht auf ein Zeichen drohender Asphyxie bei Chloroformnarcose aufmerksam: die athetotischen Fingerbewegungen. Mit den willkürlichen Abwehrbewegungen in unvollständiger Narcose ist diese Erscheinung nicht zu verwechseln, sie tritt nur ein bei vollkommen erloschenen Reflexen und ist nach K. als ein Zeichen von Ueberladung des Körpers mit Chloroform aufzufassen. Es muss daher dringend vor weiteren Gaben des Anaestheticums gewarnt werden. Verf. macht ausserdem noch auf die enorme Wichtigkeit eines bekannten Handgriffes bei eingetretener Asphyxie aufmerksam, nämlich auf das directe Vorziehen der Epiglottis mit dem Finger.

4) H. Fritsch: *Prolapsoperation.*

Die von F. beschriebene Operation ist eine Combination der

Neugebauer'schen Prolapsoperation mit einem von Freund vorgeschlagenen Verfahren, das dahingeht, den Uterus in die Scheide herabzuklappen und plastisch zu verwerthen. Von der Neugebauer'schen Methode ist adoptirt das Aufhängen der einen Scheidenwand an der anderen. Nur ist diese Aufhängung nicht ein directe, sondern eine indirecte, indem der Uterus dazwischen geschoben ist. Das Verfahren kann jedoch, schon weil es den Coitus unmöglich macht, nur bei Greisinnen post cessionem menstruationis angewandt werden.

5) Heinrich: *Ueber die Operation grosser Bauchnarbenbrüche.*

H. beschreibt das Verfahren, nach welchem er einen grossen Bauchbruch und zwar mit gutem Erfolg operirte. Bei der Operation sind folgende Gesichtspunkte maassgebend: 1. Die grosse Bruchpforte muss durch Fascie geschlossen werden; diese erhält man am besten durch Ablösen und Umschlagen eines halbmondförmigen Fascienlappens aus der oberen Aponeurose eines Mus. rectus und Annähen dieses Lappens an das obere Blatt der eröffneten Rectusscheide der anderen Seite. 2. Die Nahtlinie muss so gerichtet sein, dass nur eine möglichst geringe Muskelzerrung an derselben stattfindet, d. h. dieselbe muss in möglichst verticaler Richtung laufen. In diesem Falle nämlich findet in verticaler Richtung keine Zerrung derselben statt, und in horizontaler eine solche, welche gleich ist der Kraft der Musc. obliqui und transversi minus der Kraft der Musc. recti, d. h. gleich der Zerrung, welche unter normalen Verhältnissen die Linea alba auszuhalten hat. 3. Die Naht der Fascie muss mit einem schwer resorbirbaren Material (Seide, Silkworm) ausgeführt werden, für dessen Sterilität der Operateur selbst die volle Verantwortung zu übernehmen hat.

6) H. Bayer: *Kritisches zur Lehre von der Entfaltung und Nichtentfaltung des Mutterhalses in der Schwangerschaft.*

Die Arbeit bildet eine Polemik des Verf. gegen v. Franqué, resp. dessen Publication: „Untersuchungen und Erörterungen zur Cervixfrage," Festschrift der phys.-med. Ges. Würzburg, 1899.

7) Flatau: *Zur Atmokausis. Einige Worte zur Abwehr.*

Der Artikel ist eine Polemik gegen Ludwig Pincus, hervorgerufen durch dessen „Sammelforschung und Weiteres zur Atmokausis und Zestokausis" in Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 261—62.

8) G. Zepler: *Weiteres zum Schlitzspeculum.*

Z. weist darauf hin, dass die einschlitzigen Specula eben so wie die doppelschlitzigen jetzt aus Metall hergestellt werden. Ebenso wird die Herstellung geschlitzter Specula aus Metall mit Fortlassung der hutkrempenförmigen Randbiegung zum Zwecke des bequemeren Transportirens und der Raumersparniss in Ge-

burts- und Instrumententaschen jetzt in Angriff genommen. Verf. macht ferner noch auf die zweckmässige Benutznng der Schlitzspecula, aus Holz gefertigt, für die Vapocauterisation und auf die dadurch bedingte Erleichterung derselben aufmerksam. Man hat dann nur nöthig, an die Stelle des Schlitzes oder der beiden Schlitze feuchte Gaze zu appliciren, dieselbe zur Befestigung allerseits bis unter den Rand des Schlitzes führend, und ebenso die bequem einzuhaltende Portio zu schützen, um jede nicht beabsichtigte Verbrennung auszuschliessen.

9) A. Sippel: *Totalexstirpation von Scheide mit Uterus wegen Carcinom.*

Verf. schildert das Operationsverfahren, das er bei einer 64-jährigen Frau in Anwendung gebracht hatte. An dem durch die Operation gewonnenen Präparat sah man, dass die ganze Scheidenschleimhaut ungefähr vom Ende des untersten Drittels ab aufwärts ringsum von Carcinom ergriffen war, das sich nach unten in zackigem, aber scharfem Rande gegen die gesunde Schleimhaut abgrenzt und nach oben die ganze Portio oberflächlich mit erfasst hat. Das Carcinom war ulcerirt und hatte an einzelnen Stellen die Scheidenwand höckerig verdickt. Nirgends trat es nach aussen durch die Scheidenwand hindurch. Die stärkste Entwickelung bot die hinterste Wand.

10) Pagenstecher: *Ein Fall von multiplem Myom des graviden Uterus.*

Der Fall betraf eine 29jährige Nullipara und war besonders wegen der damit verbundenen diagnostischen Schwierigkeiten interessant. Vor Allem war bemerkenswerth, dass die Pat. bei ihren multiplen Myomen niemals Menorrhagien hatte; die Menses waren im Gegentheil meist spärlich gewesen. Die Schwierigkeit bei der Diagnose waren dadurch veranlasst, dass die sistirten Menses das einzige Symptom waren, welches für Gravidität sprach, während alle sonstigen Anzeichen dafür fehlten. Die Farbe der Schleimhaut war blassroth, die Portio nicht aufgelockert, sondern fest. Die sonst für Gravidität so characteristische Consistenz des Uteruskörpers war in diesem Falle durch das im Fundus sitzende hühnereigrosse Myom aufgehoben. Der Uteruskörper war in seiner Consistenz nicht von dem Tumor zu unterscheiden.

11) H. Fleischmann: *Forceps in mortua. Lebendes Kind.*

Es handelte sich um eine 30jährige Primipara, welche beim Eintreffen des Verf. bereits cyanotisch war und arhythmischen, kaum zählbaren Puls hatte. Durch einige Aetherinjectionen wurde das Befinden gebessert und Verf. konnte eine innere Untersuchung vornehmen. Der Muttermund war verstrichen, Kopf im Beckenraume mitt nach vorn gedrehter kleiner Fontanelle. F. beabsichtigte nun eine Vollendung der Geburt mittels Zange und legte deshalb die Frau aufs Querbett, ihrer Dyspnoe wegen in halb sitzender Lage. Kaum hatte er aber das eine Zangen-

blatt eingeführt, collabirte die Frau; es stand die Athmung und bald auch der Puls. Nun war F. bemüht, die Frau zu retten, doch blieben alle Bemühungen (Campher, Aether, künstliche Athmung, Herzmassage) ohne Erfolg, das Wiederbeleben gelang nicht. Es waren ungefähr 10 Minuten verflossen, bis F. dazu kam, das zweite Zangenblatt einzuführen. Mit einer Traction wurde ein asphyctisches reifes Mädchen entwickelt, das leicht belebt wurde und auch am Leben blieb. Die Section ergab Endarteritis, Insufficientia valv. bicusp. et aortae und Verfettung des Herzmuskels.

12) J. Mertens: *Ein Fall von Einwanderung einer bei Laparotomie zurückgelassenen Kompresse in den Dünndarm.*

Es handelt sich um eine 28jährige Pat., bei welcher zuvor von anderer Seite eine Laparotomie vorgenommen worden war. Nahezu 5 Monate nach dieser Operation stellte sich die Pat. wieder beim Verf. ein unter der Angabe, dass sie vor quälenden krampfartigen Schmerzen kaum mehr Ruhe bekomme. Der Bauchschnitt war gut geheilt, der Unterleibsbefund recht gut. Die Betastung war kaum mehr schmerzhaft, Uterus normal gross, innen noch wenig beweglich in Folge Schrumpfung beider Parametrien. Pat. gab auch an, die „Krämpfe" sässen höher. Nun entdeckte M. neben dem Nabel rechts einen faustgrossen Tumor von weicher Consistenz und walzenförmiger Gestalt, den er nie zuvor beobachtet hatte, daher ihm der Gedanke kam, dass bei der Operation vielleicht irgend etwas in der Bauchhöhle zurückgeblieben sei. Laparotomie. Nach Eröffnung der Bauchhöhle fand M. den erhofften Fremdkörper zunächst nicht, dagegen zeigte sich, dass der gefühlte Tumor einer dicken, spindelförmigen Anschwellung einer Dünndarmschlinge angehörte. Im Bereiche dieser Spindel war der Darm dunkelbläulich verfärbt, nach oben war der Dünndarm beweglich, direct unterhalb der spindelförmigen Anschwellung ging er in Verwachsungen, die der rechten Darmbeinschaufel anlagen, über, aus denen er nicht zu trennen war. Die Anschwellung fühlte sich teigig an und der Gedanke, es handele sich um einen grossen Kothballen, lag nahe. Beim Versuche, den beweglichen oberen Theil dieser Dünndarmschlinge herauszuziehen, riss gerade an der oberen Grenze der Spindel der Darm quer durch bis ans Mesenterium und aus dem zum Tumor umgewandelten Stück schaute eine Gazecompresse heraus von stattlicher Grösse, die, mit Kothmasse durchtränkt, einen penetranten Geruch verbreitete. Heilung. Bezüglich der Erklärung des Falles ist M. der Ansicht, dass wahrscheinlich um die bei der Laparotomie zurückgelassene Compresse eine eitrige Abcapselung entstand, Communication mit dem Darm eintrat und durch die Peristaltik die Compresse in den Darm hineingelangte und weiter geschoben wurde. Für diesen Vorgang sprachen vor Allem die in der Nähe sich findenden festen Adhäsionen, in die das die Compresse enthaltende Darmstück einmündete.

SITZUNGSBERICHTE.

Wissenschaftliche Zusammenkunft Deutscher Aerzte in New York.

110 West 34. Strasse.

Sitzung vom 23. Februar 1900.

Vorsitzender: Dr. Ludwig Strauss.

Vorstellung von Patienten.

1) Dr. Freudenthal: Ein Fall von eigenthümlicher Fistelbildung im Pharynx.

Der Patient, den ich mir Ihnen vorzustellen gestatte, ist 61 Jahre alt und Kaufmann. Er kam vor 3 Monaten zu mir mit Klagen über Kitzeln im Halse. Der Arzt, der ihn mir überwiesen hatte — ein sehr fähiger und bekannter College — hatte die Diagnose auf Pharyngitis granulosa gestellt, eine Diagnose, die ich nach einer in diesem Falle äusserst schwierigen Untersuchung nur bestätigen konnte. Die Nase war etwas trocken, sonst normal. Die Durchleuchtung der Nebenhöhlen ergab ein negatives Resultat, d. h. beide Seiten des Gesichts waren dunkel. Pat. wurde mit den gewöhnlichen Mitteln behandelt, sein Zustand wurde aber immer schlechter. Es stellte sich ein sehr übler Geruch aus dem Munde ein, der Appetit wurde schlechter, Pat. musste fortwährend ausspeien, wobei sich ein zähes, schleimig citriges Secret entleerte, er verlor zusehends an Gewicht und wurde äusserst schwach. Da bemerkte ich eines Tages eine kleine Oeffnung im Rachen, gerade hinter der linken Tonsille und in der Höhe der Mitte der letzteren. Ich ging mit einer dünnen Sonde ein und gelangte in einen Hohlraum, den ich jedoch nicht ganz abtasten konnte. Der Fistelgang, der etwa einen Zoll lang war, wurde eröffnet, die Höhle ausgekratzt und Pat. mit einer guten Prognose nach Hause geschickt. Leider aber stellte sich keine Besserung ein, sondern der Zustand wurde immer schlechter. Pat. nahm nur gezwungen Nahrung zu sich, verlor so sehr an Gewicht und wurde schliesslich so schwach, dass nicht nur seine Familie, sondern ich selber alarmirt wurde. Es fragte sich nun, womit wir es hier zu thun hatten. Bei dem Alter des Pat. konnte man wohl an eine maligne Neubildung denken. Es fanden sich jedoch keine Anhaltspunkte dafür. Auch Lues war auszuschliessen. Am nächsten aber lag es, an einen retropharyngealen Abscess zu denken, obwohl die Palpation auch dafür nichts ergab. Ein hinzugezogener Chirurg konnte auch nichts anderes constatiren und rieth, abzuwarten. Das konnte ich jedoch nicht thun, da der Pat., wie gesagt, zu schwach war. Am nächsten Tage untersuchte ich die Nase nochmals und sah einen kleinen Polypen, aber in der linken Nase. Dabei erzählte mir Pat., dass schon früher Polypen aus dieser Nase

entfernt worden waren. Ob nun dieser Polyp inzwischen gewachsen war, oder ob ich ihn bei der ersten Untersuchung übersehen hatte, weiss ich nicht. Kurz, ich entfernte denselben ohne Mühe, worauf eine ganze Portion Eiter aus dieser Stelle hervorquoll. Es ergab sich nun sehr bald, dass der Sinus ethmoidalis und der Sinus frontalis erkrankt waren, und dass sich Eiter auch im Sinus maxillaris befand. Ich entfernte nun die massigen morschen Theile aus den Ethmoidalzellen und dem Sinus frontalis, curettirte alle Theile kräftig bis hoch hinauf und spritzte die Kieferhöhle aus. Von diesem Moment an erholte sich der Pat. und wurde innerhalb von 20 Tagen vollständig hergestellt. Er ging dann auf einige Wochen nach Lakewood, N. J., und sieht jetzt blühend und gesund aus. Die Beschwerden haben sich alle verloren und er hat einen vorzüglichen Appetit. Gewichtszunahme etwa 20 Pfund.

Wie hängt nun die Fistel im Pharynx mit dem Empyem des Sinus frontalis und ethmoidalis zusammen? Ich stelle mir den Gang dieser Affection folgendermassen vor. Die primär erkrankte Stelle war hier wohl sicherlich der Sinus ethmoidalis. Ob derselbe inficirt wurde durch die Entfernung der früheren Polypen oder auf andere Weise, lässt sich jetzt nicht eruiren. Es scheint mir aber sicher zu sein, dass die Infection dort zuerst einsetzte. Sie griff von dort auf die Stirnhöhle über. Von diesen beiden Höhlen lief der Eiter dem Gewicht der Schwere folgend durch die zahlreich geschaffenen Oeffnungen in die Kieferhöhle und bahnte sich von dort seinen Weg durch den Fistelgang bis in den Pharynx. Auf andere Weise kann ich mir die Fistel im Rachen, sowie die Ausheilung derselben nach Beseitigung der Empyeme der Nebenhöhlen nicht vorstellen. Dies ist der erste derartige Fall, der mir in meiner Praxis begegnet ist, und ich weiss nicht, ob ein ähnlicher in der Literatur schon berichtet wurde.

Discussion. Dr. A. Jacobi: Wie lange war die Fistel, die Dr. Freudenthal gespalten hat? — Dr. Freudenthal: Dieselbe war ungefähr einen Zoll lang.

2) Dr. Mannheimer: Ein Fall von Leukaemie. Dieser Junge ist 17 Jahre alt; die Eltern desselben sind gesund, aber trinken beide. Auch der Patient selbst hat sich frühe das Biertrinken angewöhnt. Er hat im zweiten Lebensjahre Keuchhusten, im dritten Jahre eine Drüsenoperation am Halse und im vierten Jahre Lungenentzündung durchgemacht. Vor 8 Jahren litt er an Malaria in Newark, die prompt geheilt wurde und keine Rückfälle machte. Patient arbeitet seit einem Jahre an der Herstellung von Perlmutterknöpfen in einer kleinen Werkstatt, durch die ein grosser Transmissionsriemen eines electrischen Dynamos durchgeht. Die Luft derselben ist mit Electricität gefüllt und enthält ausserdem viel weissen Muschelstaub. Der Patient fühlte sich Abends beim Verlassen der Arbeit immer sehr müde. Seit letzten Sommer bemerkte seine Mutter, dass er

dünner und blasser wurde. Seit drei Wochen fühlte er sich so müde und schwach, dass er kaum stehen konnte. Gleichzeitig bemerkte er Drüsenschwellungen am Halse und in der Leiste. Seit ca. 10 Tagen hustet er und hat etwas Auswurf. Seit 4 Tagen leidet er an Fieberanfällen, die besonders Nachts kommen. Er klagt ferner über Trübe vor den Augen. Appetit und Stuhl normal.

Vor zwei Jahren, wo Patient wegen acuter Diarrhoe unter Behandlung war, fehlte jegliches Anzeichen der jetzigen Krankheit.

Status: Starke Blässe der Haut und Schleimhaut bei ziemlich gutem Ernährungszustand. Lymphknoten am Unterkiefer, entlang dem Kopfnicker, Jochbogen, Nacken, in Achselhöhle, Ellbogen- und Leistenbeuge geschwollen. Milz bedeutend vergrössert und hart, reicht fast bis ins Becken, nicht über Mamillarlinie. Leber gross und hart. Temperatur zwischen 100 und 102; Puls zwischen 110 und 120. Dämpfung und Empfindlichkeit über dem unteren Theil des Brustbeins. Leichter Priapismus. Die im Verein mit Dr. Heiman vorgenommene Blutuntersuchung ergiebt: Rothe Blutkörperchen 2.980.000; weisse Blutkörperchen (Thoma-Zeiss) 1,060.000; do. (Haematokrit) 26 Procent; Haemoglobin (Gowers) 50 Procent. Die weissen Blutzellen sind also erheblich vermehrt und zwar besonders die kleinen und grossen Lymphocyten, die polynucleären Leucocyten; ferner finden sich zahlreiche Markzellen, wenige eosinophile und kernhaltige rothe Zellen. Keine Plasmodien. Die von Dr. Koller vorgenommene Untersuchung der Augen ergiebt: Sehschärfe rechts $^{6}/_{8}$, links $^{6}/_{60}$. Papille und Netzhaut in der Umgebung mässig geschwollen; Blutgefässe gewunden. In einiger Entfernung von der Papille zahlreiche kleine streifenförmige Blutungen. Blutungen und kleine Exsudate in der Gegend der Macula, links mehr als rechts. Urin ist trübe, trübt sich sehr stark nach kurzem Stehen durch Ausfall von Uraten. Enthält Eiweiss. Der Verlauf der Krankheit ist, namentlich in den letzten Wochen, ein ziemlich acuter.

Discussion. Dr. A. Jacobi: Mir scheint es, als ob 50 Procent Haemoglobin ziemlich viel wäre in Anbetracht des Verhältnisses zwischen weissen und rothen Blutkörperchen.

3) Dr. Mannheimer: Fall von tuberculöser Peritonitis.

Dieser Patient ist 28 Jahre alt, Tagelöhner, mässiger Trinker, stammt aus gesunder Familie. Er ist seit Weihnachten krank. Die ersten Symptome waren Aufgetriebensein des Leibes, das sich besonders nach dem Essen lästig bemerkbar machte, dann Krämpfe im Unterleib, gefolgt von Durchfall. Darauf stellte sich Verstopfung ein, die durch Medicamente behoben werden musste. Seit Neujahr begann Patient zu husten und auszuwerfen und an Nachtschweissen zu leiden. Der Appetit und die Körperkräfte nahmen rasch ab, und der Schlaf wurde schlecht. Vor

4 Wochen musste Patient seine Arbeit aufgeben. Als er vor 3 Wochen in Beobachtung kam, klagte er über grosse Hinfälligkeit, Appetitlosigkeit, Verstopfung, Husten, Nachtschweisse, Schlaflosigkeit, sowie über ein Gefühl des Unbehagens in der oberen Bauchgegend. Sie sehen hier einen lang aufgeschossenen Mann, an dem besonders die Abmagerung des Gesichtes und der Brust gegenüber der Auftreibung des Bauches auffällt. Diese Auftreibung betrifft hauptsächlich die abhängigen Theile. Bei leichtem Anschlagen erhält man deutliche Fluctuation in der rechten Flanke, sowie in einem ca. handgrossen Bezirk in der linken Lumbalgegend. Der Percussionsschall daselbst ist gedämpft. Bei Lagewechsel ändert sich der Schall nur langsam und nicht in dem Maasse, wie bei freiem Ascites. Die Betastung ist nicht schmerzhaft. Es handelt sich also um einen theils freien, theils abgesackten Erguss in der Bauchhöhle. Die weitere Untersuchung ergiebt die Zeichen eines mässigen Ergusses in die rechte Pleurahöhle, der sich im Laufe der Beobachtung an Stelle einer trockenen Pleuritis der rechten Seite entwickelt hat. Das Herz ist nach links und oben verschoben. Es besteht beständiges Fieber; Temperaturen bis 103 und Pulse bis 120 sind beobachtet worden. Der Puls war oft deutlich dikrot. Der spärliche Auswurf enthält keine Tuberkelbacillen. Urin zeigt bei jedesmaliger Untersuchung sehr deutliche Diazoreaction. Die Diagnose lautet auf tuberculöse Peritonitis und stützt sich 1) auf das eigenthümliche Verhalten des Exsudates, 2) die begleitende Pleuritis, 3) das Fieber, 4) die Diazoreaction. Die Prognose ist zweifelhaft. Patient soll behufs Laparotomie ins Hospital geschickt werden.

Discussion. Dr. A. Jacobi: Die Diazoreaction tritt bei Tuberculösen unter zwei Umständen ein: 1. bei acuter Tuberculose; 2. wenn bei chronischer Tuberculose schwere Veränderungen zum Schlechteren sich einstellen.

Vorzeigen von Präparaten.

1) Dr. A. Jacobi: Niere eines an chronischer Nephritis im Alter von 2½ Monaten gestorbenen Kindes.

Sie erinnern sich vielleicht noch, dass ich Ihnen im vorigen Jahre ein Kind mit Spina bifida vorstellte. Letztere ist bald nach der Geburt geborsten; glücklicherweise floss die Flüssigkeit nur im Anfang schnell ab und lief später langsamer, so dass das Kind an dem Bersten des Sackes nicht zu Grunde ging. Ich nahm dann das Kind zur Beobachtung in das Hospital, und zwar um so mehr, als dasselbe stark wassersüchtig war infolge einer bestehenden Nephritis. Die Spina bifida schloss sich dann, und nachdem ungefähr zwei Wochen lang nichts mehr abgeflossen war, bildete sich ein Hydrocephalus. Dieser wurde einige Male punctirt und eine Lösung von Jodkali und Glycerin in einer Dosis von 10—12 Tropfen in denselben injicirt. Eine Zeit lang

hielt sich das Kind ganz gut, ging aber später im Alter von 2½ Monaten an der Nephritis zu Grunde. Da vielfach die Ansicht verbreitet zu sein scheint, dass chronische Nephritis bei kleinen Kindern nur selten vorkomme, habe ich Ihnen hier das Präparat mitgebracht, und mache darauf aufmerksam, dass chronische Nephritis ebenso wie Nierensteine bei kleinen Kindern keine Seltenheit sind.

Fälle aus der Praxis.

1) Dr. A. Rose: Ein Fall von erfolgreicher Behandlung mit Kohlensäure.

Ich bitte um Ihre Aufmerksamkeit für einen Fall, der jedenfalls Ihr Interesse erregen wird. Ich wurde am 6. Februar zu einer Dame gerufen, die seit 2 Jahren bettlägerig war. Sie hatte eine linke Wanderniere gehabt, die exstirpirt wurde. Ich fand Symptome eines Magengeschwürs, allein es wurde mir mitgetheilt, dass niemals die Diagnose Magengeschwür gemacht worden war. Pat. hat viele Schmerzen durchgemacht. Dieselben erstreckten sich auf Magen- und Blasengegend. Man suchte dann nach einem Blasenleiden und dilatirte die Urethra, wodurch jedoch keine Erleichterung geschaffen wurde. Es wurde dann, ich weiss nicht aus welcher Veranlassung, eine Blasenscheidenfistel angelegt, die jetzt noch besteht. Vor dem Anlegen dieser Fistel hatte der operirende Arzt verordnet, Terpentineingiessungen in das Rectum vorzunehmen. Der Erfolg dieser Eingiessungen war ein fürchterlicher, die dadurch entstandenen Schmerzen waren entsetzlich. Es entwickelte sich eine traumatische Enteritis, die ganze Schleimhaut des Mastdarms stiess sich ab. Als ich Pat. zum ersten Male sah, hatte sie jedesmal, wenn sie ass, heftige Schmerzen. Die Schmerzen erstreckten sich auf Magen, Darm und Blase. Es konnte bei ihr nur durch Abführmittel Stuhlgang erzielt werden, und letzterer war so schmerzhaft, dass zuvor immer eine Morphiuminjection gemacht werden musste. Sie war überhaupt nie länger wie 12 Stunden ohne Morphiuminjection und hatte bis zu 16 Gran Morphium per die genommen. Die Dame lebt in den glänzendsten Verhältnissen und hat beständig zwei geschulte Wärterinnen. Der Vater der Pat. theilte mir mit, dass die berühtesten Aerzte des Landes sie nacheinander behandelt hätten. Einige Namen sind mir genannt worden. Ich wurde dann gerufen, mit dem Ersuchen, dass ich Kohlensäure bei der Pat. anwenden solle. Ich übernahm den Fall nur unter der Bedingung, dass mir freie Hand gelassen würde. Ich hielt den Fall insofern für geeignet für die Kohlensäurebehandlung, als ich glaubte, damit die Enteralgien bekämpfen zu können. Der Erfolg übertraf alle meine Erwartungen. Die Schmerzen beim Stuhlgang schwanden prompt, Pat. war, wie mir die Familie versicherte, zum ersten Male frei von Schmerz. Pat. hat von dem Tag an, an welchem sie die erste Kohlensäure applicirt erhielt, keine Morphiuminjection mehr bekommen und trägt auch kein Verlangen mehr darnach. Sie ist einfach vollkommen

frei von Schmerzen. Ich habe sie, nachdem ich das Magengeschwür erkannt hatte, mit Bismuth behandelt. Da dies Verstopfung verursachte, gab ich Magnesia usta, das sie sehr gut verträgt. Pat. lobt ihr Befinden über alle Maassen. Sie war 2 Jahre hindurch bettlägerig gewesen und war nicht im Stande, einen Schritt zu gehen, was ihr jetzt wieder vollkommen möglich ist. Auf ihr besonderes Verlangen musste ich ihr auch Kohlensäurebäder geben. Sie war jedes Mal ½ Stunde im Bade und lobt dasselbe sehr; sie sagt, sie fühle sich durch dasselbe gestärkt und verlangt nach weiteren Bädern. Ich habe die Bäder jedoch aussetzen lassen, weil man mir einen Gummisack herstellen lassen wird, in den man die Kohlensäure einfüllt und in welchem man dann bis zum Hals in Kohlensäure steckt. Der Vater der Pat. war über die Wirkung der Bäder so entzückt, dass er mich bat, ihm ebenfalls ein Bad zu geben. Er litt zur Zeit an Grippe, und das Baden hat ihm sehr gut gethan.

Discussion. Dr. Strauss: Ich möchte fragen, wie der Pat. die Entziehung ihrer grossen Morphiumdosen bekommen ist. — Dr. Rose: Sehr gut. Ihr Zustand hat sich jeden Tag derart gebessert, dass ich mich freue, wenn ich nur an diese Pat. denke. — Dr. Freudenthal: Haben Sie einen Collaps bei der Pat. beobachtet? — Dr. Rose: Niemals. — Dr. A. Jacobi: Fragen sind in diesem Falle schwer zu stellen. Es stimmt der Fall ja überein mit dem, was uns Dr. Rose hier mehrfach vorgetragen hat. Es scheint ziemlich klar zu sein, dass die örtliche Anwendung der Kohlensäure gute Erfolge gehabt hat, man darf aber nicht vergessen, dass wir es hier mit einem weiblichen Patienten zu thun haben. Alle Frauen sind mehr oder minder neurotisch und aus ihrer Neurose wird sehr leicht Hysterie, besonders wenn sie Jahre lang gelitten haben. Wie es sich mit der Entziehung des Morphiums verhält, ist eine andere Frage. Es hält doch sehr schwer, Kranke, die bis zu 16 Gran Morphium jeden Tag bekommen haben, plötzlich ohne Morphium gedeihen zu sehen. Solche Pat. befinden sich mitunter sehr wohl und behaupten, dass bei ihnen von Morphium keine Rede mehr ist, gelegentlich fallen ihnen aber Flasche und Spritze aus der Tasche heraus. Dies habe ich nicht ein Mal, sondern mehrere Male erlebt. Das thut aber der Beobachtung keinen Eintrag, dass die Kranke seit dem Gebrauch der Kohlensäure entschieden besser geworden ist. — Dr. Rose: Ich war auf diese Bemerkung vorbereitet. Es ist absolut ausgeschlossen, dass die Kranke Morphium bekommt. In einem Punkt hatte ich mich nicht genau ausgesprochen. Pat. hatte nicht jeden Tag 16 Gran Morphium genommen, sondern dies war der Meistverbrauch in ihrer schlimmsten Zeit. Dr. Dana hat sich bestimmt dahin ausgesprochen, dass keine Nervenstörung vorlag, von Hysterie ist gar keine Rede.

2) Dr. A. Jacobi: Ich möchte Ihnen über ein Mädchen berichten, das 10 Jahre alt ist, aber aussieht wie ein Kind von 6

Jahren. Es ist von kleinem Wuchs und hat dünne, kleine Glieder. Es war bis zu seinem 6. Lebensjahre gesund gewesen; dann bekam es Keuchhusten und einige Zeit später wurde bemerkt, dass es nicht mehr wuchs, dünner wurde und dass ihre Kräfte anfingen, zu versagen. Die Arme und Hände wurden schwächer, und das Kind begann, schwerfällig zu gehen, und wurde leicht müde. Nach längerer Zeit wurde ihm das Gehen so schwer, dass es functionelles Genu valgum bekam. Seit ungefähr 6 Monaten wurde bemerkt, dass das Kind viel Durst hatte, viel trank und viel urinirte. Es hat im Hospital an einem Tage 123 Unzen Urin gelassen, von 1005—1007 spec. Gew. Nun frägt es sich, ob ein Zusammenhang vorhanden ist zwischen der Krankheit, die das Kind durchgemacht hat, und der Polyurie mit dem vermehrten Durst. Ich habe nun daran gedacht, ob nicht der Keuchhusten, der ja gerne Blutungen in Conjunctiva, Nase, Lunge, gelegentlich auch im Gehirn verursacht, in diesem Falle eine Blutung an einer bestimmten Stelle des Gehirns hervorgerufen hat, welche die Motilität der vier Extremitäten und auch die Urinabsonderung controllirt. Eine Gesichtslähmung ist nicht vorhanden. Die betr. Blutung vermuthe ich im Pons und wahrscheinlich in der Mitte desselben. Die Lähmung hat allmählich zugenommen, wobei die Reflexe ziemlich normal geblieben sind, wie das ja bei Ponslähmungen der Fall zu sein pflegt. Ich glaube, dass die Blutung ursprünglich ganz klein gewesen ist, dass aber allmählich Veränderungen stattgefunden haben, die das Ponsgewebe mehr und mehr in Mitleidenschaft gezogen haben und sich nach und nach bis auf den Boden des IV. Ventrikels ausbreiteten. Es hatte vielleicht eine Degeneration des Gewebes stattgefunden, oder aber eine secundäre Entzündung, die in eine langsame Cicatrisation ausgeartet ist. Man könnte auch an einen kleinen Tumor im Pons denken, der allmählich wächst. Therapeutisch habe ich Nebennierensubstanz versucht. Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, durch die Thatsache, dass die Nebennierensubstanz auf Schleimhäute stark adstringirend wirkt. Das Kind hat bis jetzt nur 3 mal täglich 10 Gran genommen, und ich habe nicht gesehen, dass es davon beeinflusst wurde. Ich habe zur Zeit einen erwachsenen Pat. mit Polyurie im Deutschen Hospital liegen, dessen tägliche Urinmenge über 7000 ccm hinausging. Bei diesem Pat. hat Fluidextract von Ergot die Urinmenge auf 1400 ccm heruntergedrückt.

3) Dr. Freudenthal: Ein College hatte behauptet, ich hätte die Aeusserung gemacht, dass ich mit der Lichttherapie Tuberculose heilen könne. Die Herren, die mich kennen, werden wohl wissen, dass ich niemals eine derartige Behauptung aufgestellt habe. Ich hatte seiner Zeit nur ganz kurz bemerkt, dass ich mich mit der Phototherapie beschäftige und von derselben gute Resultate erwarte. Und diese Hoffnung hege ich jetzt noch.

Ripperger, Secretär.

Therapeutische und klinische Notizen.

— Das Militär-Wochenblatt (1900, No. 39) enthält einen sehr interessanten Artikel von Oberstabsarzt Dr. Pannwitz über „*Tropon in der Feldkost des Soldaten.*" Nachdem schon im Sommer vorigen Jahres in Brieg beim 2. Bataillon Infanterieregiments No. 156 bei einer dreitägigen Patrouillenübung Ernährungsversuche mit Tropon angestellt worden waren, die zur vollen Zufriedenheit ausfielen, wurden während der vorjährigen grösseren Truppenübungen beim 2. Bataillon Königin Elisabeth Garde-Grenadierregiments No. 3 diese Versuche von P. wiederholt. Die Leute erhielten wie in Brieg als Tagesration 100 g Troponzwieback mit Zucker, 100 g Troponzwieback ohne Zucker, 100 g Troponcacao und 100 g Troponerbsen. Das Ergebniss der Versuche, auf deren specielle Anordnung hier nicht näher eingegangen werden kann, war folgendes:

Die Troponnahrungsmittel wurden gern genommen. Widerwillen gegen die Troponnahrung wurde in keinem Falle beobachtet. Ebenso fehlten alle Anzeichen, welche auf störende Beeinflussung der Verdauung hindeuten. Die Morgens genossene Chocolade mit Zwieback wurde allgemein als gut und schmackhaft bezeichnet; einigen Leuten war sie nicht süss genug. Der Zwieback wurde in beiden Formen gern als Zwischenkost genommen. Der mit Zucker wird dem mit Salz versetzten anscheinend vorgezogen. Alle erklärten übereinstimmend, dass bei langsamem Kauen und ordentlicher Einspeichelung sich durch einige Stücke Zwieback ein volles Sättigungsgefühl herbeiführen liesse. Die Leute bestätigten ferner, dass sie sich kräftig und zum Ertragen auch der grössten Strapazen befähigt fühlten, eine Beobachtung, die mit den sonstigen Erfahrungen über die Erhöhung der Leistungsfähigkeit, insbesondere auch der Willensenergie, durch reichliche Zufuhr leicht verdaulichen Eiweisses übereinstimmt.

Unter den zur Zeit angebotenen Eiweisspräparaten dürfte für den Ersatz des Fleisches in dem eisernen Bestande der Mundverpflegung der Truppen im Felde Tropon in erster Linie in Frage kommen. Tropon ist ein Gemisch von thierischem und pflanzlichem Eiweiss. Beide sind im Gegensatz zu anderen neueren Nährpräparaten von einwandfreier Herkunft. Das erstere wird aus dem zur Fleischextract-Fabrication verwendeten reinen Muskelfleisch gewonnen, stellt also das eigentliche Muskeleiweiss dar; das letztere stammt vorzugsweise aus den Lupinen. Beide zweifellos unbedenkliche und durchaus appetitliche Eiweissquellen waren bisher im Wesentlichen verschlossen. Durch das Verfahren von Prof. Finkler wird aus ihnen das Tropon erhalten, das seiner Herkunft nach billig, in Massen erhältlich, seiner Herstellung nach rein, keimfrei, unbegrenzt haltbar und backfähig ist. Seine Unlöslichkeit in Wasser stellt, da sie die Absonderung des Magensaftes befördert, einen Vorzug dar, so

dass man den Verzicht auf die Darreichung in rein wässerigen Flüssigkeiten mit in den Kauf nehmen kann. In allen gebundenen Flüssigkeiten (Cacao, Suppen etc.) ist es leicht zu nehmen. Der früher dem Tropon anhaftende, geringe Beigeschmack ist infolge Verbesserung der Fabrication so weit verschwunden, dass er bei dieser Art der Verabreichung nicht in Betracht kommt. Nach den in der reichlichen Specialliteratur enthaltenen Angaben kann Tropon von Gesunden und Kranken Monate lang ohne jeden Widerwillen genommen werden. Diese Eigenschaften, insbesondere neben der Billigkeit die unbedingte Haltbarkeit und Backfähigkeit, befähigen das Tropon, wie zum Gebrauch im Haushalt, so auch zur Verwendung in der Soldatenkost, jedoch von vorneherein mit der Einschränkung, dass es als voller Ersatz des Fleisches höchstens für den dreitägigen eisernen Bestand der Mundverpflegung dienen kann. Auch bei der Verproviantirung befestigter Plätze und auf Schiffen wird es eine wichtige Rolle spielen können. Ein Fehler war es, daran zu denken, dass es allgemein das Fleisch in der Nahrung ersetzen könne.

— Goldberg machte auf dem XVII. Congress für innere Medicin auf ein neues Diureticum, das *Hydragogin*, aufmerksam, das nach seinen Angaben in der chemischen Fabrik von Carl Raspe zu Weissensee hergestellt wird, und dass er in mehr wie 100 Fällen erfolgreich angewandt hat. In einem Originalfläschchen von 15 g Inhalt, wie die Fabrik das Mittel abgiebt, ist 1.5 Tinct. Digitalis und 2.5 Tinct. Strophanti enthalten, welchen beiden Tincturen Scillipicrin und Scillitoxin, die wirksamsten Bestandtheile der Scilla maritima, hinzugesetzt sind. G. hatte diese Combination zuerst allein angewandt, ohne auch nur annähernd den diuretischen Erfolg zu haben, den er erreichte, als er zu der Gruppe der vorgenannten Stoffe noch 0.5 g von Oxysaponin hinzufügte, das aus der Herniaria glabra gewonnen wird. In dieser Zusammensetzung fand G. auch ein Mittel, das bei Asthma cardiale selten versagte. 40—50 Tropfen einem Patienten mit Asthma cardiale in refracta dosi gegeben, lässt das Asthma nicht nur auf Tage und Wochen, sondern in selten günstigen Fällen auch auf Monate verschwinden. Das Mittel hat ferner eine sehr günstige palliative Wirkung bei Kranken, die sich im Stadium der Schrumpfniere befinden. Wo in diesen Fällen Opiate und andere Narcotica vergeblich gebraucht worden waren, um dem Patienten Linderung zu verschaffen, hat das Hydragogin einen erträglicheren Zustand herbeigeführt. Der oft so quälende intensive Kopfschmerz, der Schwindel, die Herzpalpationen und Brustbeklemmungen sind zwar nicht weggeschafft, aber häufig wesentlich gemildert worden.

Das Hydrogogin ist weder per os gegeben noch subcutan einverleibt sehr giftig; bei Fröschen bewirkt es Herzstillstand in der Systole, bei Warmblütern verursacht es in grossen Dosen Herztod nach Drucksteigerung.

Betreffs der Anwendungsweise des Hydrogagins äussert sich G. folgendermaassen: Wie sich der Arzt bei jedem nicht ganz indifferenten Arzneimittel nach der Eigenart seines Patienten zu richten hat, so muss dies auch bei dem Hydragogin geschehen. Während der eine Kranke stündlich 15 Tropfen sehr gut verträgt, wodurch eine sehr schnelle Abschwellung herbeigeführt wird, klagt ein anderer Patient schon nach der dritten Gabe über Uebelkeit, Brechreiz — ohne dass es zum Erbrechen kommt, — Abgeschlagenheit, Mattigkeit, Appetitlosigkeit und Widerwillen gegen die Tropfen. G. betont ausdrücklich, dass er noch nie einen unheilvollen Ausgang zu beklagen hatte, den er mit der Verabfolgung des Hydragogins auch nur im Entferntesten hätte in Verbindung bringen können. Wenn er indessen solche Intoxicationserscheinungen sieht, so pausirt er einige Zeit, vielleicht nur einen halben Tag mit dem Mittel und giebt dann zwei- bis dreistündlich 10 Tropfen oder begnügt sich mit einer noch geringeren Dosis. Dies ist auch die Dosirung, welche man vom dritten Tag an auch bei Patienten anzuwenden hat, welche das Mittel anfänglich sehr gut vertragen haben, weil die reichlichen, wässerigen Stühle und die sehr starke Diurese hierzu mahnen. Die Tropfen lässt G. je nach dem Intervalle, das zwischen den Einzelngaben verstreichen muss, in 1-16 bis 1-8 Liter eines indifferenten Thermalwassers oder Zuckerwassers reichen. Nebenbei lässt er eine stricte Milchdiät gebrauchen, welche alle anderen Speisen ausschliesst. Den stark angespannten Leib des Kranken lässt er mit Oel einreiben, dann mit einem in Oel getränkten Leinwandlappen bedecken und hierüber ein Flanelltuch legen. Die meist kühlen ödematösen unteren Extremitäten lässt er ebenfalls mit in Oel getränkten Leinwandstücken einhüllen und hierüber eine Flanellbinde legen, welche mit mässigem Zuge, doch nicht zu locker umgewickelt werden muss. Hierdurch erreicht er, dass sich für gewöhnlich schon am folgenden Tage die unteren Extremitäten behaglich warm anfühlen.

Goldberg empfiehlt den Aerzten das Hydragogin zur Nachprüfung.

— A. Breitenstein hat in etwa 50 Fällen das *Kryofin* (Methylglycolsäurephenetidid) angewendet. Dasselbe besitzt eine rasche und sichere temperaturherabsetzende Wirkung und ist völlig frei von unangenehmen Nebeneigenschaften. Bei Phthisikern mit andauernd hohem Fieber hatten Dosen von 0.5—1.0 besten Erfolg ohne schädlichen Einfluss auf Puls und Allgemeinbefinden. Die Temperatur sank meist sehr rasch zur Norm und das subjective Befinden besserte sich. Magenstörungen wurden nicht beobachtet. Die meisten Beobachtungen betreffen die analgetische Wirkung. Sehr gute Erfolge sah Verf. bei fast allen Formen des Kopfschmerzes, bei allen Neuralgien, besonders bei frischer Ischias, Lumbago, Intercostalneuralgien, bei pleuritischen Schmerzen. Ferner trat die hypnotische Wirkung hervor. Die Kranken empfanden nach Kryofin ein intensives Schlafbe-

dürfniss, welchem ein guter Schlaf folgte. (Therap. Montshefte, März 1900, ref. in Centralbl. für innere Medicin, 1900 No. 27.)

— Ueber die Verwerthung des *Heroins in der Kinderpraxis.* Runkel (Diss. Bonn, 1900) hat das Heroin bei 45 Kindern unter zwei Jahren als Narcoticum, namentlich bei Erkrankungen der Respirationsorgane verwendet und kommt zu folgendem Ergebnisse: Heroin ist wohl geeignet, auch bei jüngeren Kindern, den quälenden Hustenreiz herabzusetzen, wenn auch die specifische Wirkung auf die Respirationsorgane meist hinter einer allgemein narcotisirenden zurücktritt, dank welcher die Kinder etwa 20 bis 30 Minuten nach der Darreichung in einen erquickenden mehrstündigen Schlaf verfallen. Von 41 Bronchitisfällen wurden 29 mit positivem, 10 mit fraglichem und 2 mit negativem Erfolg behandelt. Bei Pertussis wurde in 3 von 4 Fällen eine Herabsetzung der Frequenz und vor allem der Intensität der unangenehmen Anfälle erzielt, so dass auch in diesem Sinne Heroin empfohlen werden kann. Jedenfalls glaubt Verf. die Frage, ob Heroin in der Kinder-, beziehungsweise Säuglingspraxis bei rationeller Dosirung ohne Schaden anzuwenden ist, mit bestem Gewissen zu Gunsten des Präparates entscheiden zu können und schlägt folgende Dosirung vor:

Für ein Kind von	6	Wochen	¼	bis	$^1/_3$	mg	(0.0025 bis 0.00035	g)
„ „ „ „	3	Monaten	¼	„	½	mg	(0.00025 „ 0.0005	g)
„ „ „ „	7	„	¼	„	$^2/_3$	mg	(0.00025 „ 0.0007	g)
„ „ „ „	10	„	½	„	1	mg	(0.0005 „ 0.001	g)
„ „ „ „	15	„	½	„	1¼	mg	(0.0005 „ 0.00125	g)
„ „ „ „	20	„	½	„	1½	mg	(0.0005 „ 0.0015	g)

(Ref. in Wiener klin. Rundschau, 1900 No. 29.)

— Gellhorn giebt in den „Therapeutischen Monatsheften" seine auf der Mackenrodt'schen Klinik in Berlin mit *Gude's Pepto-Mangan* gemachten Erfahrungen bekannt und schliesst seine interessante Arbeit mit dem Satze, dass er mit dem Präparat alle Erfolge erzielt habe, die man vernünftiger Weise von einem derartigen Mittel verlangen kann. Dasselbe ist daher in allen Fällen, in denen eine Eisenmedication am Platze ist, als besonders wirksam in erster Linie zu empfehlen.

Kleine Mittheilungen.

— Wie uns die Firma Merck & Co. mittheilt, hat die zunehmende Ausdehnung ihres Betriebes in den westlichen Staaten sie genöthigt, ein Zweiggeschäft in Chicago, No. 227 Randolph Street, zu etabliren.

— Die *New York School of Clinical Medicine* theilt uns mit, dass das Institut entgegen der in verschiedenen medicinischen Zeitschriften irrthümlich enthaltenen Angaben nach wie vor weiter bestehen wird.

— Dr. S. A. Knopf von New York erhielt unter 82 Bewerbern den vom Tuberculosencongress in Berlin für die beste Bearbeitung des Themas: Wie ist die Tuberculose als Volkskrankheit zu bekämpfen? ausgesetzten *Preis im Betrage von* 4000 *Mark zugesprochen.*

— Dr. Edwin Klebs, Professor der Pathologie am Rush Medical College in Chicago und Director des Laboratoriums der Post Graduate Medical School daselbst, hat seine *Resignation* eingereicht. Wie es heisst, soll er seinen Wohnsitz wieder nach Deutschland verlegen. (Medical News, 4. August 1900.)

Alle Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen, Manuscripte und Anfragen bezüglich des Inhalts sind zu richten an: Dr. A. Ripperger, 126 East 122d Street, New York City.

Schieffelin's Medicated Soaps

are made from pure, neutral, white soap, and contain no sugar, starch, silicate or filling material, and no coloring or pigment is added.

We guarantee that the percentage of medicament has been added as per label, and that the soap is thoroughly mixed. A descriptive pamphlet mailed to applicants.

Schieffelin & Co., New York.

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago und Cleveland.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XII. New York, September 1900. No. 9.

ORIGINALARBEITEN.

Trophische Störungen bei Lungentuberculose; ein Beitrag zur Symptomatologie dieser Erkrankung.*)

Von Dr. Henry Herbert,

Arzt des Montefiore Home Country Sanatorium, Bedford Station, N. Y.

Lungentuberculose ist eine Krankheit, deren Anfangsstadium sich bekanntlich kaum eruiren lässt. Frühsymptome, wie sie von Maragliano so trefflich beschrieben wurden, markiren durchaus noch nicht den Beginn der tuberculösen Aera; den Schatten, der ihr Kommen verräth, den wirft sie schon lange voraus, Jahre und Jahrzehnte, ja bis in die scrophulöse Aera lässt sich ihr Beginn oft verfolgen.

Die Anhänger der Hereditätslehre — Baumgarten unter Anderen — gehen noch weiter, indem sie behaupten, Tuberculose sei angeboren, eine Theorie, die von Virchow, Cohnheim und jüngst von Cornet entschieden und mit Recht bestritten wird.

Viel annehmbarer jedoch ist der Ausspruch Baumgarten's, dass Scrophulose bereits Tuberculose sei, denn die Producte jener erzeugen Tuberculose, was von Niemeyer, Cohnheim und Anderen bestätigt wurde. Er bezeichnet Scrophulose als Erscheinungsform der Tuberculose und letztere „blos als Recrudescenz des frühzeitig entwickelten Leidens." Entsprechend dieser Theorie kann man die Scrophulose ähnlich wie bei Syphilis, als das Primär- und Secundär-Stadium der Tuberculose ansehen, die in einem gewissen Sinne heilbar ist, um dann

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York am 5. Februar 1900.

nach einer gewissen Latenzperiode, ähnlich dem luetischen Tertiärstadium, wieder auszubrechen, gewöhnlich in Lungen oder auch in anderen Organen.

Während dieses Latenzstadiums — ein Ausdruck, der von Cohnheim in die Literatur eingeführt wurde, — entwickelt sich ein ganz typischer Symptomencomplex, ein scrophulo-tuberculöses Stigma, das sein Prototyp im Habitus phthtisicus sogen. hereditär belasteter Individuen ausgeprägt findet.

Im weiteren Verlaufe der Krankheit erfährt dieses Stigma noch eine Bereicherung seiner Symptome durch eine Gruppe von trophischen Störungen, die in der Fachliteratur sich noch geringer Beachtung „erfreuen," und ehe ich an deren Schilderung herantrete, möchte ich gleich Eingangs bemerken, dass ich den Rahmen des vorgesetzten Themas etwas überschreiten muss, um auch trophische Störungen im weiteren Sinne des Wortes in den Bereich meines Vortrags zu ziehen, da eine Grenzung zwischen den einzelnen Symptomgruppen nicht gut möglich ist. Ich will mich auch bemühen, Ihnen auf Grund eines — wenn auch kleinen Krankenmaterials — die diagnostische Bedeutung gewisser Symptome und trophischer Störungen durch deren merkwürdiges Auftreten auf der erkrankten Seite zu illustriren. Dieses Moment der Gleichseitigkeit wurde meines Wissens zuerst von Schäffer in Hamburg 1878 und nur betreffs der Larynxerkrankungen betont, später auch von Solly, 1894, Nasenaffectionen betreffend. Ich habe sog. gleichseitige Befunde auch an anderen Organen constatiren können, worüber ich in der Literatur trotz emsigen Suchens keine Erwähnung finden konnte und, ehe ich an deren Schilderung herantrete, möchte ich bemerken, dass die diesbezüglichen Untersuchungen hauptsächlich an männlichen Phthisikern angestellt wurden.

Die pathologische Grundlage für den Begriff „habitus phthisicus" bilden Veränderungen am Knochensystem, deren Aetiologie sich bis in die scrophulöse Aera verfolgen lässt. Atrophien einzelner Knochen sind bekannt und beschrieben worden, bieten aber nichts Characteristisches für Phthise, ausser dass sich diese Atrophie an den Rippen am frühesten kennzeichnet. Auffallend ist das schnelle Wachsthum der Knochen, Verknöcherung der Rippenknorpel, Incongruenz der Breite und Tiefe des Thorax zur Körperlänge, prominenter Angulus Ludovici, schmaler Scrobiculus cordis, schräge abfallende Schultern. Als gleichseitige Symptome kann man ansehen Scoliose, Tief-

stand einer Schulter, und flügelförmig abstehende Scapula; letzteres bedingt durch Atrophie des Musc. Serratus magn. An den Muskeln sind atrophische und regressive Veränderungen von E. Fraenkel (Virch. Ar. 73—380), Birch-Hirschfeld, Virchow, Waldeyer, Zenker, Martini und Popof nachgewiesen worden. Histologisch beobachtet man ein Schmälerwerden der Primitivbündel, körnige Trübung der contractilen Substanz und feinkörnige Pigmentirung. Die Abmagerung beginnt hauptsächlich um den Thorax herum, und zwar an den Inspirationsmuskeln. Unilateral atrophisch werden die Musc. intercostales des M. pectoralis major, M. Serratus magnus, der, wie früher erwähnt, das flügelförmige Abstehen der Scapula bedingt.

Den idiomusculären Zuckungen wurde früher pathognostische Bedeutung zugeschrieben, aber (nach Cornet) von Lawson Tait, Stadelman und v. Ziemssen bestritten. J. W. Moore (Med. Standard July, 1899, Med. Rec. September, 1899), behauptet noch „Myotatic irritability of the pectoral muscles and of the Platysma myoides is a valuable sign." Wenn ich auch seinen Befund bezüglich der Pectoral-Muskeln gelten lasse, so muss ich mich doch entschieden gegen den das Platysma betreffend äussern, da ich gerade das Gegentheil an diesem Muskel beobachtet habe. Klopft man mit dem Percussionshammer längs der Clavicula an den Ansatzstellen des Platysma, so erhält man bekanntlich blitzartig fibrilläre Zuckungen des Muskels. Ich habe diese Reaction in 65 Fällen von Phthise 37 mal entschieden vermindert oder ganz aufgehoben gefunden, und zwar in sämmtlichen Fällen auf der erkrankten Seite. Die Abmagerung in Phthise ist hauptsächlich characterisirt durch Schwund des Fettgewebes und Atrophie der Muskeln. Strauss und Gamaleia haben durch Injection todter Bacillen einen rapiden Schwund des Pannic. adiposus erzielt und diese Erscheinung der Wirkung der Proteine todter Bacterienzellen zugeschrieben. Mafucci, Prudden und Hodenpyle haben auf dieselbe Weise marantische Symptome erzielt.

Aber das würde noch nicht die einseitige Muskelatrophie am Thorax erklären; bekanntlich beobachtet man an der afficirten Seite eine ungenügende Expansion, ein Zurückbleiben während der Respiration, und es frägt sich, sind die Muskeln atrophisch infolge Inactivität, oder bleibt die Lunge in ihrer Excursion zu-

rück wegen der Atrophie der Muskeln. Die Lunge folgt bekanntlich passiv den respiratorischen Excursionen der Thoraxwand und es scheint daher von der Lunge aus reflectorisch die Thätigkeit der Muskeln vermindert zu sein, daher nebst der allgemeinen Atrophie noch eine locale, sogen. Inactivitätsatrophie. Durch methodisch forcirte Muskelübungen ist es mir auch gelungen, die Expansionsfähigkeit des Thorax resp. der Lungen zu erhöhen.

Das Blut nimmt ebenfalls an der allgemeinen Atrophie Theil und zeigt Veränderungen, wie sie bei cachectischen und marantischen Zuständen vorkommen.

Nach Rokitansky, Brehmer und Andral ist das Herz der Phthisiker kleiner, und Beneke behauptet, dass angeborene Kleinheit des Herzens die Disposition zur Tuberculose steigert. Dr. Woods Hutchinson, der 215 Autopsien an verschiedenen Thieren ausgeführt, behauptet auch, dass ein gewisses Verhältniss zwischen Immunität und der relativen Grösse des Herzens bei Thieren zu existiren scheint. (Med. Rec., August 5, 1899.) Ich bin der Ansicht, dass diese Kleinheit des Herzens eher die Folge einer sehr früh auftretenden Tuberculose ist, durch die jedenfalls der Vagus in Mitleidenschaft gezogen wird, der durch seine troph. Fasern Einfluss auf das Wachsthum des Herzens hat.

Histologisch sind ja bekanntlich partielle und complete Atrophien der Nervenfasern bei Phthise von Leyden, Venn, Strümpell und Anderen nachgewiesen worden, die des Vagus direct von Vierordt, die des Phrenicus von Heine. Jouanneau beschreibt einen Fall von Tachycardie durch Compression des linken N. phrenicus und Vagus in Folge pleuropericarditischer Verwachsungen. Pulsbeschleunigung, Erethismus cordis sind nach Riegel, Becker und Anderen auf Tuberculose der Bronchialdrüsen zurückzuführen; nach Marfan jedoch soll Acceleration des Herzens auf Einengung der Athmungsarea beruhen. Beide Theorien scheinen nicht plausibel zu sein, denn die Reizung des Vagus sollte doch bekanntlich eine Verlangsamung der Herzaction zur Folge haben; andererseits wird Erethismus cordis auch bei sehr geringer Einengung der Athmungsarea beobachtet. Möglich ist es, dass es sich um entweder directe Reizung der Accelerotoren des Herzens handelt oder um Atrophien gewisser Hemmungsfasern im Vagus, wodurch jene, die Acceleratoren, das Uebergewicht erhalten.

Complicationen seitens der oberen Luftwege in Lungentuberculose haben eine gewisse aetiologische und symptomatologische Bedeutung; anamnestisch lassen sich fast regelmässig vorherige Erkrankungen jener Organe nachweisen und recht oft auch gleichzeitig. Schäffer (D. M. W. 1883, No. 21) hat in seinen statistischen Untersuchungen über das Verhältniss der Larynxerkrankungen zur Lungentuberculose nachgewiesen, dass noch lange vor der klinischen Diagnose patholog. Veränderungen im Pharynx, Erkrankungen im Cavum pharyngo-nasale, Hypertrophie der Tonsillen, Otitis media, Paresen des Velum molle auf derselben Seite mit der folgenden Lungenerkrankung sich constatiren liessen. Die Gleichseitigkeit der Symptome hat Schäffer von 302 Fällen in 50.3 Procent nachgewiesen. Solly (Journ. of the Am. Medic. Ass., 1899, p. 427, citirt nach Freudenthal) hat in 65 Procent der Nasenaffectionen Gleichseitigkeit mit der Lungenerkrankung constatirt.

Freudenthal bestätigt letztere Befunde ohne weitere statistische Angaben.

In 21 Fällen von Ohrencomplicationen in Phthise habe ich 20 mal Gleichseitigkeit beobachtet; in 6 Fällen blos war die Lunge einseitig erkrankt, in den anderen doppelseitig, aber die Ohrenaffection war auf der stärker befallenen und muthmasslich auch primären Seite zu constatiren. Schaeffer's Befund bezüglich der unilateralen hypertrophischen Tonsillen kann ich bestätigen.

Nach Schäffer, Cornet bilden oft Stimmbandlähmungen und Heiserkeit die erste Manifestation einer kommenden oder auch schon bestehenden Lungenaffection auf derselben Seite. Nach Luschka ist der N. recurrens Ursache dieser Lähmungen oder Paresen.

Characteristisch in Phthise ist ferner das Athmen per os in Folge chron. catarrh. Erkrankungen der Schleimhäute in Nase und Rachen, welcher Umstand resp. Uebelstand nach Ansicht vieler Autoren direct zur Primäraffection der Lunge führt.

Dem Fredericque-Thompson'schen Zahnfleisch-Symptom wurde früher eine diagnostische Bedeutung im Frühstadium zugesprochen, aber von G. Sticker, der 1000 Fälle darauf hin untersuchte, nicht bestätigt. Caries der Zähne tritt häufig im acuten, foetor exore im chron. Stadium auf.

Conjunctivitis und Blepharitis chronica, Chalazeon sind Früherscheinungen der Phthise und können eher

als Residuen scrophulöser Diathese betrachtet werden. Ueber die Gleichseitigkeit der letzteren Symptome sind keine statist. Daten vorhanden. Viel interessanter dagegen sind die paretischen Symptome am Auge; E. Fuchs führt in seinem Lehrbuche der Augenheilkunde auch Tuberculose als Ursache von Augenmuskellähmungen an. Ich habe Sehstörungen gerade im Beginn der Phthise auftreten gesehen, doch bin ich nicht im Stande statistische Daten darüber zu geben.

Pupillendifferenz, oder Anisokorie, die sich gewöhnlich als paralytische Form von Mydriasis manifestirt, ist ein wichtiges Symptom in Phthise, gewinnt an Werth noch dadurch, dass es gleichseitig auftritt, ein Vorkommen, das bisher meines Wissens nach nicht beschrieben wurde.

Destre fand Anisokorie in 97 Procent seiner Fälle, ich habe es in 78 Fällen von Phthise 75 mal beobachtet. Die Dilatation der Pupille ist bekanntlich vom Sympathicus abhängig, welcher die für die Pupille bestimmten Fasern aus dem Ganglion ciliospinale im Halsmark bezieht; hypertrophische Lymphdrüsen sollen angeblich einen Reiz auf dieses Ganglion ausüben. Auf Pilocarpin-Einträufelung verschwindet diese Pupillendifferenz. In jüngster Zeit habe ich öfters an der Iris auf der afficirten Seite eine stärkere Pigmentirung wahrgenommen, ebenso an der Mamilla auf derselben Seite; beide Symptome gehören eher in's acute Stadium der Phthise, sind bisher in der Literatur nicht erwähnt, und ich glaube letzterem, dem Mamillarsymptom, eine gewisse diagnostische Bedeutung zusprechen zu dürfen. In 82 Fällen von Phthise habe ich diese stärkere Pigmentirung der Mamilla 74 mal constatiren können, also in 92 Procent; in 20 einseitigen Lungenaffectionen konnte ich 19 Mal die stärkere Pigmentirung erkennen, in den übrigen, doppelseitigen Fällen gravitirte das Symptom zur Seite der intensiveren Affection. Ein äusserst fruchtbares Gebiet für Untersuchungen auf trophische Störungen bietet unstreitig die Haut, die wie andere Organe von der allgemeinen Atrophie afficirt wird. Nach Cornet citirt, „wird die Farbe derselben frühzeitig blass, wechselt leicht die Farbe, wird fett, grau, faltig, trocken, spröde und schuppend; bei Circulationsstörungen bekömmt sie ein livides Aussehen.“ Frühzeitig stellen sich auch profuser Schweiss ein, Cornet hat ihn nur ausnahmsweise halbseitig beobachtet; erwähnenswerth sind die während der Untersuchung des Thorax beobachteten Schweisstropfen in der Axillarhöhle auch bei Phthisikern, die sonst nicht an Hyperhydrosis leiden.

Hypersecretion der Talgdrüsen ist ebenfalls häufig, giebt der Haut ein fettiges Aussehen und scheint auch die Ursache der bei Phthise häufig im Frühstadium auftretenden Comedones zu sein. Herpes Zoster soll nach Rendu mit Tuberculose in ursächlichem Zusammenhange stehen. Acne ist eine Begleiterscheinung im Anfangsstadium; in 89 Fällen habe ich sie 58 mal beobachtet, und in letzteren Fällen 26 mal unilateral, d. h. es liessen sich auf der kranken Seite eine umfangreiche Eruption von Acnepusteln constatiren. Pityriasis versicolor wurde irrthümlicher Weise mit Tuberculose in Zusammenhang gebracht; Barduzzi hat nämlich mit Pityriasis-Detritus Impfversuche angestellt und stets tuberculöse Knötchen dadurch erzeugt, ein Befund, der von Dagnet und Haricourt bestätigt wurde. Cornet hat jedoch nachgewiesen, dass diese Resultate auf Versuchsfehler beruhten. Pityriasis tabescentium ist ein Spätsymptom, ebenso Chloasma phthisicorum, eine vermehrte Pigmentation der Haut im Endstadium der Phthise, beide Symptome nicht häufig und für Phthise nicht characteristisch.

Dem Ausfallen der Haare in Phthise wird in den Lehrbüchern wenig Beachtung geschenkt; defluvium capilitii ist eine bekannte, wenn auch nicht characteristische Erscheinung der chronischen Lungentuberculose; ich habe aber auch am Thorax in fast constanter Weise auf der erkrankten Seite partiellen Haarschwund beobachten können, und in einem Falle konnte ich sogar das Ergrauen der Haare nur an der erkrankten Seite constatiren. In 118 Phthisikern habe ich diese Haar-Atrophie, wie ich dieses Symptom benennen möchte, 100 mal vorgefunden. Von den 18 negativen Fällen war 14 mal kein Haarwuchs am Thorax zu constatiren. Von den 100 Fällen von Haar-Atrophie waren 95 unilateral oder 95 Procent.

Bemerken muss ich, dass diese 118 Fälle acute und chronische, ein- und doppelseitige Lungenaffectionen in sich schliessen, dass blos 34 einseitige Lungenfälle zur Untersuchung kamen, in denen das Symptom fast durchgehends unilateral auftrat. In den übrigen doppelseitigen Affectionen beobachtet man dieses Symptom auf der primär erkrankten Seite; in 4 geheilten Fällen von einseitiger Affection bestand Haaratrophie auf der ursprünglich erkrankten Seite. Diese Haardefecte erscheinen an der vorderen Fläche des Thorax, um die Mamilla herum, in der oberen Hälfte des Thorax, seltener unterhalb der Mamilla oder an der

Schulter und am Rücken. Nicht nur in Ausdehnung, sondern auch in Intensität wechselt dieses Symptom; in alten, chron. Fällen ist es um so prägnanter. Microscopisch liessen sich keine Unterschiede nachweisen. Als Folge der früher erwähnten Neuritiden beobachtet man an der Haut noch verschiedenartige Sensibilitäts- und vasomotorische Störungen, nach Strümpell auch Oedeme. Ich habe in einigen Fällen eine verminderte Reactivität der Haut der erkrankten Seite gegenüber mechanischen Reizen beobachtet. Cyanose der Finger und Hände insbesonders in Verbindung mit Trommelschlägel-Form der Finger ist ein werthvolles Zeichen, wenn auch nicht characteristisch für Lungentuberculose. Diese Deformität der Finger beruht nach Litten auf einer Hypertrophie der Weichtheile und nicht der Knochen, wahrscheinlich in Folge Circulationsstörungen.

Unabhängig von letzterem Symptom ist ein auffallend schnelles Wachsthum der Nägel zu constatiren, die dadurch ein klauenförmiges Ansehen gewinnen.

Lymphdrüsen werden afficirt nur durch Aufnahme des tuberculösen Virus resp. der Bacillen, meistens secundär.

Schlenker hat in mehreren Fällen eine Coincidenz von hypertrophischen Lymphdrüsen und Tonsillen mit gleichseitiger Lungenerkrankung beschrieben, jedoch das Moment der Gleichseitigkeit nicht betont.

Anamnestische Daten bezüglich hypertroph. Lymphdrüsen sind von etwaigem Belang für die Diagnose. Bekannt ist es, dass auch die Brustdrüsen von der allgemeinen Atrophie afficirt werden, und ich habe jüngst bei 2 tubercul. Mädchen eine deutliche Verkleinerung der Drüse an der erkrankten Seite wahrnehmen können. In einem Falle, ein Mädchen von 20 Jahren, hatte vor 4 Jahren Bluthusten (angeblich auch hereditär belastet), genas nach einem Jahr, doch verblieb seit damals Kurzathmigkeit und Schmerzen auf der linken Seite. Die Untersuchung ergab zwar keine Infiltration, aber deutlich vermindertes Athemgeräusch, die linke Pupille erweitert, die linke Mamilla stärker pigmentirt und die linke Brustdrüse auffallend kleiner. Die Leber zeigt ein viel auffallenderes Bild tuberculöser Diathese; nach Ziegler tritt stets fettige Degeneration derselben in acuter Phthise auf. Nach Pitt sterben 22.5 Procent Cirrhotischer an Phthise. Osler sagt über Cirrhosis: „A remarkable feature in cirrhosis of liver is its association with acute tuberculosis." C. R. Burr

behauptet, dass die Leber öfters afficirt ist bei Tuberculose der linken Lunge. Dieser Autor ist ähnlich wie Aufrecht ein Anhänger der paretischen Theorie der Tuberculose. Den Sitz der tuberculösen Diathese verlegt er in den Vagus, Phrenicus und deren Verbindungen, und als weitere Folge dieser Diathese führt er auch Diabetes mellitus an, eine der gefürchtetsten Complicationen in Phthise. Nach Pary soll durch das Unvermögen der Leberzellen, Glucose zu assimiliren, das letztere in Circulation gelangen.

Die Modificationen, die die Phthise in Folge Diabetes erfährt, sind nach Blumenfeld Fehlen der Schweissbildung und des Fiebers. Nach v. Leyden und v. Noorden sind auch Blutungen in diesem Stadium seltener. (Ther. Mon., Febr. 1899.)

Bartholow hat im Harne der Phthisiker abnorme Secretion von Urea nachgewiesen. Um die Aufzählung indirecter Symptome zu vervollständigen, erwähne ich noch die im Anfangsstadium auftretenden Störungen der Magenfunction, späterhin auftretende Beeinträchtigung der Intelligenz, der Psyche und der sexuellen Sphäre, und die im Endstadium vorkommenden amyloiden Degenerationen. Mit der Schilderung all' dieser trophischen Störungen habe ich durchaus nicht die Fülle dieses Themas erschöpft und es drängt sich nun die Frage auf: Was ist die Ursache der so einseitig auftretenden trophischen Störungen? Sind es die im Blute circulirenden Giftstoffe? Sicherlich nicht. Ist diese trophische Störung per Continuität vom Krankheitsherde fortgeleitet? Diese Annahme wäre auch nicht plausibel. Es handelt sich jedenfalls um Degeneration trophischer Fasern in den befallenen Nerven und es frägt sich, sind diese Nervenatrophien primären oder secundären Ursprungs? Aufrecht, C. R. Burr und andere Anhänger der paretischen Aetiologie der Lungentuberculose gehen von der Ansicht aus, dass die trophische Störung das Primäre sei, das in den trophisch gestörten Geweben der Tuberkelbacillus sich als Parasit einniste und dann die bekannten Erscheinungen hervorrufe. So sehr dieser Theorie eine gewisse Berechtigung nicht abgesprochen werden kann, leidet sie nur an einem Fehler, nämlich, dass sie noch nicht bewiesen ist. Viel wahrscheinlicher ist es jedoch, dass es sich auf dem durch Bacillen primär erkrankten Gewebsboden um eine Erkrankung der Nervenenden handelt, ähnlich wie bei septischer Infection, die des Weiteren eine chronisch-degenera-

tive Atrophie der Nerven im Gefolge hat. Das häufige Vorkommen von Neuritiden, die histologischen Befunde rechtfertigen diese Annahme.

Zum Schlusse nun erlaube ich mir, ohne Ihre Aufmerksamkeit zu sehr mit Casuistik in Anspruch nehmen zu wollen, an der Hand von blos einigen Fällen die merkwürdige Coincidenz gleichseitiger Symptome zu demonstriren:

Fall No. 1) Acute Phthise mit Caverne der rechten Lunge: Patient B. B., 19 Jahre alt, seit ungefähr 1 Jahre krank, nicht hereditär belastet. Tiefstand der rechten Schulter, rechte Scapula flügelförmig abstehend, rechte Pupille ist erweitert, Haaratrophie rechts, rechte Mamilla stärker pigmentirt, Platysma-Reaction rechts fast aufgehoben. Sonst besteht Acne, Defluvium Capilitii und Caries der Zähne seit der Erkrankung.

Fall No. 2) Chron. Tuberculose der rechten Lunge mit recenter Infiltration des Unterlappens der linken Lunge. Sam. S., 27 Jahre alt, seit 7 Jahren krank; seither heiser, rechte Seite der Nase wurde 3 Mal operirt, rechte Tonsille grösser als die linke, rechts Haaratrophie, rechte Mamilla und rechte Iris etwas stärker pigmentirt, rechtes Platysma-Symptom, Caries der Zähne seit Erkrankung. Acne oft links.

Fall No. 3) Geheilte Tuberculose der rechten Lunge. Dr. W. B., practischer Arzt, erkrankte vor 9 Jahren an Phthise, nach 3 Jahren angeblich gesund geworden. Während des acuten Stadiums bekam er Sehstörungen in Folge Parese eines M. rectus des rechten Auges, Otitis im rechten Ohr, Schmerzen im rechten Testikel, Affection der Nase und Larynx. Hatte früher stets gesunde Zähne, in den 3 Jahren verlor er 6 Zähne, seit 6 Jahren keinen. Acne rechts und Defluvium Cap. Seit dieser Zeit — 6 Jahren — nahm er 80 bis 90 Pfund an Gewicht zu, verheirathete sich, hat gesunde Kinder und geht unbehindert seinem ärztlichen Berufe nach. Die Untersuchung des jetzt gesunden Collegen ergiebt rechts Haaratrophie, rechte Pupille erweitert, Platysma rechts paretisch.

Fall No. 4) Latente Tuberculosis. H., 28 Jahre alt, Ingenieur, hereditär belastet, hatte angeblich 3 Mal Pneumonie, Mumps mit 26, Masern mit 27 Jahren, litt stets an Erkältungen und Bronchitis. Von 14—16 angeblich Bluthusten. Die physikalische Untersuchung giebt rechts kein positives Resultat, links in der hinteren Axillarlinie Knisterrasseln. Inspection ergiebt folgenden Befund: Rechtsseitige Scoliose und Tiefstand der rechten Schulter; Erweiterung der rechten Pupille, Hypertrophie der rechten Tonsille, Haaratrophie ebenfalls rechts. Acne und Pityriasis mehr links. Sonst Caries der Zähne, Defluvium Capilitii, schnelles Wachsthum und Krümmung der Nägel.

Der objective Befund im letzteren Falle rechtfertigt die Annahme, dass es sich um eine obsolete Erkrankung der rechten und um einen acuten Nachschub an der linken Lunge handelt.

Die Erkennung frühzeitiger und latenter Tuberculose bietet bekanntlich oft grosse Schwierigkeiten, und auch die Tuberculin-Probe giebt nicht stets verlässliche Resultate, abgesehen davon, dass die Anwendung derselben für den practischen Arzt noch umständlich ist und dieselbe auch oft vom Patienten refüsirt wird. Ich hege die Zuversicht, dass die hier von mir vorgelegten Befunde, die nur im verhältnissmässig kleinen Maassstabe nachgewiesen wurden, sich auch bei einem grösseren Material bestätigen werden.

Die practische Folge dieser Befunde, in Kürze resumirt, ist, dass sie uns eine Möglichkeit geben, das Früh- und Latenzstadium eher zu erkennen; in acuten Fällen die afficirte Seite zu bestimmen, wenn die physicalische Untersuchung kein sicheres Urtheil zulässt. Bei doppelseitiger Affection der Lungen geben sie uns eine Handhabe vermöge des unilateralen oder gleichseitigen Auftretens einer Gruppe von Symptomen, die primär erkrankte Seite zu diagnosticiren, und in geheilten Fällen sogar die Localisation der überstandenen Phthise zu erkennen.

Literatur.

G. Sticker: Münch. Med. Woch. 1888, No. 37.
M. Schäffer: D. M. W. 1883, No. 21.
E. Fraenkel: Virch. Arch. 73, S. 380.
Schlenker: Virch. Arch., Bd. 134.
Barduzzi: Monatsh. f. pract. Dermat. 1888, S. 391.
Ebstein: Handb. d. pract. Medic.
Grawitz: D. M. W. 1893, S. 1347.
E. Fraenkel: V. A., Bd. 71, S. 261.
Litten: Berl. klin. W. 1897.
Rendu: Mh. f. pr. D. 1894, Bd. 19, S. 572.
Baumgarten: M. med. W. 1892.
Pick: Prag. M. W. 1889, Bd. 14, S. 215.
Lewin, G.: 1891, Bd. XII, 177.
Landwehr: 1894, Ziegler's Beiträge.
Freudenthal: Arch. f. Larynx, Bd. V.
Cornet, G.: Die Tuberculose.
Strümpell.
C. R. Burr: (Bost. Medic. & Surg., Jan., 1897.)
Blumenfeld: (Therap. Monatsh., Febr. 1899.)
G. M. Moore: (Med. Stand., July, 1899.)

XIII. Internationaler medicinischer Congress.

Paris, 2. bis 9. August 1900.

Die feierliche Eröffnung des Congresses fand am 2. August in dem Festsaal der Ausstellung statt und waren über 6000 Theilnehmer anwesend. Dieselben vertheilten sich auf die einzelnen Länder wie folgt: Frankreich 2340, Russland 820, Deutschland 592, Vereinigte Staaten 412, Italien 325, Grossbritannien 232, Spanien 219, Belgien 147, Oesterreich 140, Argentinien 108, Schweiz 101, Ungarn 85, tschechische Länder 84, Rumänien 60, Niederlande 55, Aegypten 47, Dänemark 46, Japan 43, Brasilien 41, Türkei 39, Portugal 35, Griechenland 33, Polen 30, Schweden 28, Canada 28, Bulgarien 26, Mexico 24, Norwegen 18, Luxemburg 16, Serbien 15, Kroatien 8, Peru 6, Australien 4, sonstige Länder 63. Prof. Lannelongue hielt die Eröffnungsrede und theilte zunächst mit, dass in Folge der öffentlichen Trauer, in die die französische Republik durch das erst vor wenigen Tagen gegen den König von Italien verübte schändliche Attentat versetzt wurde, der Präsident der Republik verhindert sei, seine ursprüngliche Absicht, den Congress persönlich zu eröffnen, auszuführen. Sodann sprach er den anwesenden italienischen Aerzten die Theilnahme des Congresses aus und begrüsste letzteren selbst in längerer, mit grossem Beifall aufgenommener Rede. Nach Lannelongue sprach der Justizminister, Herr Monis, und hiess die auswärtigen Congresstheilnehmer im Namen der Regierung willkommen. Nach einer weiteren Reihe von Ansprachen, von welchen hier nur die des Geheimraths von Bergmann erwähnt werden soll, hielt Virchow unter grossem Jubel seinen Vortrag: *Traumatisme et l'Infection.* Der Vortrag Prof. Pawlow's wurde auf die zweite allgemeine Sitzung verschoben.

Wir gehen nunmehr zur Berichterstattung über die Abtheilungssitzungen über.

Abtheilung für innere Medicin.

1. Sitzung.

1) Prof. Dieulafoy (Paris): *Les Ulcerations gastriques.* Im Magen finden sich Ulcerationen jeder Grösse, von der kleinsten punktförmigen Erosion bis zu den grossen und tief gehenden Substanzverlusten von der Grösse eines Fünffrankstückes. Verdauungsbeschwerden, Intoleranz des Magens, Erbrechen, Hämatemesis, Magenperforation und ihre Folgen, Entstehen von Carcinom etc. sind Symptome und Complicationen, die sehr vielen Magengeschwüren zukommen. Unter diesen hat Vortragender eine Anzahl von Typen vom klinischen, pathogenetischen und anatomischen Gesichtspunkt aus herausgesucht und näher definirt. Es sind dies: 1. Die Magenerosion ist das kleinste unter den Magengeschwüren; sie zeigt sich auf der Schleimhaut in

Form von mehr oder minder zahlreichen punktförmigen Hämorrhagien als Folge der Ansiedlung von Pneumococcen. Trotz ihrer sehr geringen Grösse können die Erosionen zu reichlichen Blutungen Veranlassung geben. 2. In manchen Fällen findet man auf der Magenschleimhaut einen oder auch mehrere Substanzverluste von etwas grösserer Ausdehnung als die der Erosionen. D. hat für dieselben die Bezeichnung Exulceratio simplex vorgeschlagen. So oberflächlich dieselben auch zu sein scheinen, so können sie doch kleine Arterien in der Muscularis arrodiren und dadurch schwere Blutungen, die ohne Behandlung oft tödtlich verlaufen, hervorrufen. 3. Das Ulcus simplex von Cruveilhier ist der Typus für das sich chronisch entwickelnde und zur Perforation neigende Magengeschwür. Bei ihm sind am meisten Blutung und Perforation zu fürchten. 4. Die specifischen, der Tuberculose oder der Syphilis ihre Entstehung verdankenden Magengeschwüre können wie das Ulcus simplex Blutung und Perforation verursachen. 5. Nicht selten entwickelt sich auf dem Boden eines Magengeschwürs ein Carcinom. 6. Die Pathogenese der Magengeschwüre ist noch nicht genügend beleuchtet. Es kommen dabei in Betracht infectiöse und toxische Agentien, arterielle Läsionen und das Verhalten des Magensaftes. Eine anfänglich kleine Erosion kann zu einem Ulcus simplex führen. 7. Die Behandlung der Magengeschwüre muss je nach dem einzelnen Fall eine medicinische, specifische oder chirurgische sein.

2) Meunier (Paris): *Recherche quantitative sur le labferment du suc gastrique.* M. theilt ein Verfahren der Dosirung des Labfermentes des Magensaftes mit und weist in Folge dessen auf die klinische Wichtigkeit dieser Dosirungen bei den verschiedenen pathologischen Zuständen des Magens hin. Sein Dosirungsverfahren basirt auf der leichten Verkäsung der Milch durch den Magensaft mit Vermengung von Chlorcalcium, und er berechnet das Maass des Labinhaltes des Magensaftes durch die hierzu nöthige Zeit der Milchverkäsung. Man erhält die Kraft des Magensaftes, indem man den Gehalt der Verdünnung des Magensaftes D mit 10 multiplicirt und durch m dividirt, m gleich der Minutenzahl, die nöthig ist, um die Verkäsung dieser Verdünnung herbeizuführen. M. giebt ferner an, warum er sich bei seinen Versuchen einer speciellen Milch bedient. Bei den früheren Versuchen fielen die Ergebnisse verschieden aus, je nachdem die verwandte Milch mehr oder weniger frisch war oder von verschiedenen Kühen stammte. M. hat dann die Variationen des Labfermentes in 42 pathologischen Fällen näher studirt und gefunden, dass in diesen Fällen Unterschiede bezüglich des Labfermentes von 0 bis 3000 vorhanden waren, während sich die Unterschiede bei nicht pathologischen Fällen nur zwischen 1000 bis 3000 bewegen. Daraus zieht M. den Schluss, dass das Verschwinden des Labfermentes auf ein Schwinden der secretorischen Elemente in der Mucosa hinzuweisen scheint, ja noch mehr, dass

diese Abnahme des Labfermentes uns immer genau über den Zustand dieser secretorischen Elemente unterrichtet.

3) J. Bendersky (Kiew): *Le vomissement nerveux et son traitement.* Erbrechen ist ein Symptom bei sehr vielen Krankheiten. Viele Kranken, die an Erbrechen leiden, zeigen zugleich auch Erscheinungen von Hysterie, allein es kommen auch Fälle von Hysterie vor, bei welchen das Erbrechen vollständig fehlt. In manchen Fällen steht das Erbrechen derart im Vordergrunde der Erscheinungen, dass es das ganze Krankheitsbild beherrscht. Sobald das Erbrechen aufhört, hält sich der Patient für geheilt und kann seiner Arbeit nachgehen. Vom theoretischen Standpunkt aus erscheint es vielleicht nicht gerade wissenschaftlich, vom nervösen Erbrechen als von einer Krankheit per se zu sprechen, allein ebenso ist das Asthma, das bei Lungen-, Herz-, Leber- und Magenkrankheiten auftritt, auch nur ein Symptom und doch spricht man von dem „Asthma nervosum" als von einer Krankheit per se. Von diesem Gesichtspunkte aus kann man ebenso das nervöse Erbrechen als ein besonderes Leiden betrachten. Natur und Aetiologie des nervösen Erbrechens sind noch nicht genügend definirt. Es heisst, dass es bei Personen vorkommt, deren gesammtes Nervensystem geschwächt und angegriffen ist. Männer, Frauen und sogar die Kinder können davon befallen werden. Das Erbrechen tritt auf ohne ersichtliche Ursache, meistens ohne vorausgehende Nausea, am häufigsten nach dem Essen, in manchen Fällen auch im nüchternen Zustande, ein oder zweimal im Tage, ein Mal alle zwei, drei Tage, ein Mal alle zwei, drei Wochen, allein es giebt auch Patienten, die 50, 60, 100 Mal und noch öfter im Tage erbrechen. Ein derartiger Patient erbricht mitten im Sprechen, mitten im Spazierengehen. Obwohl die Kranken fast alle genossenen Speisen wieder von sich geben, so wird ihr Allgemeinzustand doch relativ wenig davon betroffen, auch wenn das Leiden, wie es B. gesehen hat, 5 oder 7 Jahre anhielt.

Was nun die Behandlung des Leidens betrifft, so wird von den meisten Autoren das ganze Arsenal der tonischen Nervenmittel aufgeboten, Bromsalze, Narcotica, Hydrotherapie, Electricität etc. B. hat jedoch mit diesen Mitteln keine guten Resultate erzielt, und ebenso dürfte es den übrigen Aerzten ergangen sein. Wenn anscheinend einmal ein guter Erfolg sich zeigte, so war derselbe nicht von Dauer. Da wandte B. die Magenspülung an und konnte schon in den ersten Fällen ausgezeichnete und dauerhafte Resultate aufweisen. Wie aus der Literatur ersichtlich ist, berichten nur Debove und Rémond über zwei Fälle von nervösem Erbrechen, die Bollet mit Magenspülung geheilt und publicirt hat. Die übrigen Autoren erwähnen diese Art der Behandlung überhaupt nicht oder legen ihr kein Gewicht bei. B. sind viele erfahrene Practiker bekannt, die die Magenausspülung in diesen Fällen wegen ihrer angeblich reizenden Wirkung geradezu für schädlich und contraindicirt halten. Vortragender

berichtet über 14 Fälle aus seiner Klinik, die er auf diese Weise geheilt, und von welchen er einige seit Jahren als geheilt beobachten konnte. Er hält sich auf Grund seiner Erfahrungen für berechtigt, die Magenspülung als ein ausgezeichnetes, geradezu specifisches Mittel gegen das nervöse Erbrechen zu bezeichnen. Die Wirkung der Magenspülung beruht wahrscheinlich in einer günstigen Beeinflussung der Magenschleimhaut, resp. der in derselben vorhandenen Nervenendigungen. Auch ist damit eine gewisse suggestive, hypnotische Wirkung verbunden. B. kann daher die Magenspülung in Fällen von nervösem Erbrechen den Collegen nur empfehlen.

4) Taruella (Barcelona): *Contribution à l'étude des crises gastriques essentielles.* Die gastrischen Krisen sind keine selbstständige Krankheit, sondern nur ein Symptomencomplex. Es giebt eine klinische Form, die von einer systematischen Läsion des Centralnervensystems abhängig ist. Im Allgemeinen werden sie hervorgerufen durch die Tabes dorsalis und zwar entweder in dem der Ataxie vorhergehenden Stadium oder in einer noch späteren Periode derselben, ferner kommen sie noch vor bei der allgemeinen Paralyse und der multiplen Sclerose. Es giebt ohne Zweifel auch essentielle gastrische Krisen, die durch eine Schädigung der Magennerven, sei es der motorischen, sensitiven und secretorischen, hervorgerufen werden. So hat T. einen Fall beobachtet, bei welchem im Verlaufe von 6 Jahren fünf Anfälle von gastrischen Krisen vorkamen, ohne dass irgend welche Magen- oder Nervenstörungen nachgewiesen werden konnten. Die beste Behandlung besteht in Subcutaninjectionen von Morphin, jedoch mit Vorsicht, um dem Morphinismus vorzubeugen. In den freien Intervallen sind Sedativa, besonders die Valeriana am Platze. Ausserdem darf die hygienisch-diätetische Behandlung nicht vernachlässigt werden.

5) Strauss (Berlin): *Ueber ernährungstherapeutisch wichtige Beziehungen des Fettes zu den Functionen des menschlichen Magens.* St. berichtet über die Versuche, die er über die Einwirkung grosser Quantitäten von Milchfett auf die einzelnen Functionen des menschlichen Magens, sowie auf den Stoffwechsel und die Ausnutzung des Fettes im Darme Hyperacider angestellt hat. Er fand, dass grosse Quantitäten Milchfett die Salzsäuresecretion herabsetzen und die Motilität nicht stören. Die Labsecretion war eher erhöht als erniedrigt, bei der Pepsinsecretion war es umgekehrt und der Ablauf des otmotischen Druckes im Magen zeigte keine deutliche Aenderung. Die Fettausnutzung im Darme Hyperacider und die subjective Toleranz für grössere Quantitäten Milchfett waren bei richtiger Darreichungsform stets sehr gut. Mit Rücksicht hierauf hat Vortr. eine an Milchfett sehr reiche Diät in den letzten drei Jahren bei zahlreichen Fällen von Ulcus ventriculi, ferner von Hyperacidität, von Hypersecretion und von motorischer Insufficienz des Magens angewandt und durch tägliche Verabreichung von 120 bis 350 g Fett in Form von

Milch, Jaworski'scher Kraftmilch, Sahne und Butter und in einzelnen Fällen auch von Oel gute therapeutische Erfolge erzielt. Der Vortragende räth deshalb, bei der Behandlung der Hyperacidität (mit und ohne Ulcus), der Hypersecretion und der motorischen Insufficienz des Magens das Fett, und zwar besonders das Milchfett, ausgiebig zu verwenden und giebt bei Hyperacidität eine Diät, welche 100—120 g Eiweiss, 200—250 g Kohlehydrate und 150—200 g Fett enthält. Für die Behandlung der motorischen Insufficienz des Magens empfiehlt er gleichfalls in der Diät einen Theil der leicht gährenden Kohlehydrate durch das schwer der Zersetzung anheimfallende Fett zu ersetzen und zeitweise, speciell im Beginn der Behandlung, eine reine Eiweissfettdiät zu verabfolgen, da diese noch dazu durch Herabsetzung der Gährungen direct heilend wirkt.

6) Cohnheim (Berlin): *Ueber die Heilwirkung grosser Dosen von Olivenöl bei organischen und spastischen Stenosen des Pylorus und des Duodenums und deren Folgezustände.* Fälle von Gastrectasie, welche nicht durch ein organisches Hinderniss, sondern durch einen Spasmus des Pylorus in Folge Ulcus oder Fissur am Magenausgang hervorgerufen sind, werden durch Eingiessungen grosser Oelmengen (100—250 g täglich) in kurzer Zeit geheilt oder erheblich gebessert. Fälle von narbigen Pylorus- oder Duodenalstenosen mit secundärer Gastrectasie werden durch methodische Anwendung grosser Oelgaben ebenfalls relativ geheilt, das heisst: bleiben bei vorsichtiger Lebensweise beschwerdefrei. Das Oel wird am besten längere Zeit hindurch dreimal täglich in Mengen von je 50 ccm eine Stunde vor dem Essen genommen oder per Sonde eingegossen, oder man gibt einmal täglich in den leeren Magen 100—150 ccm auf Körpertemperatur erwärmtes Oel. Die Oelanwendung genügt drei Indicationen, der Krampfstillung, der Reibungsverminderung und der Hebung der Ernährung, da das Oel selbst bei hochgradigen Stenosen in den Dünndarm gelangt und dort resorbirt wird. Bei rein nervösen (hysterischen) Magenkrämpfen ist keine günstige Wirkung bisher erzielt, woraus sich differentialdiagnostische Gesichtspunkte zur Unterscheidung des nervösen und organischen Pylorospasmus ergeben. Mit Hilfe der Oelcur gelingt es, eine Reihe von Pylorusstenosen mit schwerer consecutiver Gastrectasie so weit zu bessern, dass ein chirurgischer Eingriff nicht mehr nöthig ist. Vor jeder wegen Pylorusstenose beabsichtigten Magenoperation sollte daher zunächst die Oelbehandlung versucht werden.

7) Einhorn (New York): *Die idiopathische Erweiterung des Oesophagus.* Die Diagnose stützt sich auf folgende Punkte: Oesophagus und Cardia sind für den Magenschlauch durchgängig. Aber man kann aus dem Oesophagus noch unveränderte Nahrungsreste, mit der Sonde vorsichtig herabgehend, herausholen. Magen- und Oesophagusinhalt kann man noch besonders leicht unterscheidbar machen durch Genuss von Kaffee

oder anderen gefärbten Flüssigkeiten. Wichtig ist das Fehlen des Schluckgeräusches. Vortragender hat zwölf Fälle beobachtet, von denen in zweien sich eine Ursache in einem Trauma finden liess. Es ist ein sehr langwieriges Leiden. Behandlung: Anweisung an die Patienten, durch Compression des Brustkorbes die Speisen in den Magen herunterzudrücken, nicht zu grobe Diät und abendliche Ausspülungen des Oesophagus.

8) Bourget (Lausanne): *Des indications et des résultats de la gastroentérostomie.* (100 Beobachtungen mit 46 Operationen.) Die Gastroenterostomie ist angezeigt in allen Fällen, wo der Passage der Nahrung durch den Pylorus Hindernisse bereitet sind durch dauernde Verengerung desselben in Folge von Tumor, fibröser Hypertrophie oder narbigen geschwürigen Retractionen. Sie ist contraindicirt bei vorübergehender Pylorusstenose in Folge von nervösem Spasmus, bei Stauungen des Mageninhalts in Folge von Ptosis oder Atonie der Magenwandmusculatur. Der Ausführung der Operation muss die sorgfältige Prüfung der motorischen Function des Magens vorausgehen. Bei Verdacht auf Pylorospasmus muss sie mehrfach wiederholt werden, weil sie schwankende Ergebnisse liefert. Auch der beruhigende Einfluss eines lauwarmen Bades und von Bromkali ist zu beachten. Die Aufblähung des Magens ist nothwendig zur Unterscheidung von Gastroptose. Die Gastroenterostomie bringt dauernde Heilung bei den genannten Affectionen und auch bei perigastrischen Adhäsionen an den Pylorus. Bei malignen Tumoren kann sie das Leben erheblich verlängern. Bei Pylorospasmus und Ptosis sind die Resultate wenig befriedigend. Die secretorische Function des Magens leidet durch die Operation nicht, die motorische bessert sich wesentlich. Die Entleerung des Magens ist gesichert, sie wird so rhythmisch wie durch den Pylorus. Die Verdauungsarbeit geht ebenso schnell vor sich. Der Magen gewinnt allmählich seine normale Grösse und Lage wieder.

9) Gallois (Paris): *Des infections adénoidiennes.* Unter den Complicationen der adenoiden Vegetationen sind die von denselben ausgehenden Infectionskrankheiten noch nicht genügend bekannt. G. unterscheidet folgende Formen: 1. Acute oder chronische Entzündung der Vegetationen selbst, die ihrerseits Ausgangspunkt von Septicaemien werden können. 2. Ausbreitung auf die benachbarten Schleimhäute (Angina in ihren verschiedenen Formen). 3. Ausbreitung auf die Haut der Nachbarschaft (Nase und Auge): Erysipel, Impetigo, Eczema, Lupus. 4. Entzündliche Anschwellungen der Halsdrüsen. 5. Interstitielle Bindegewebsentzündungen, die durch Fortschleppung der Keime zu Abscessen und Eiterungen bis in das Gehirn hinein führen können. 6. Allgemeine Blutinfection durch Tuberkelbacillen, die in den Adenoiden sitzen, ferner können auch Rheumatismus, Endocarditis und Chorea auf diesem Wege entstehen.

2. Sitzung.

1) J. Boas (Berlin): *Symptomatologie, Diagnostik und klinischer Verlauf der Colitis membranacea.* Unter Colitis membranacea verstehen wir eine eigenartige, catarrhalische, zu plastischer Schleimbildung tendirende Erkrankung des Colon. Neben dieser häufigsten Form giebt es eine zweite, erheblich seltenere, bei welcher die Krankheitserscheinungen anfallsweise auftreten, während in den Intervallen keine wesentlichen subjectiven Beschwerden bestehen, ausgenommen vielleicht Coprostase. Diese Form bezeichnet man als Colitis mucosa. Es giebt ferner eine dritte Form, die man als Colitis membranacea arteficialis bezeichnen kann. Man kann dieselbe durch wiederholte adstringirende Einläufe (besonders Tannin) bei Individuen mit Colitis, nicht aber bei Gesunden hervorrufen. Das Symptomenbild der Colitis membranacea wird im Wesentlichen beherrscht durch Stuhlverstopfung, Kolik, Entleerung von schleimig-membranösen Massen, spastische Atonien und den nervösen Allgemeinzustand. Indessen können mehrere der genannten Symptome fehlen. Obstipation ist fast constant. Entscheidend für die Diagnose ist lediglich der Befund der characteristischen Schleimmassen. Die übrigen Symptome, die Druckempfindlichkeit, die Entero- oder Coloptose, die Wanderniere können allenfalls die Diagnose unterstützen. Es ist eine unerlässliche Aufgabe des Diagnostikers, festzustellen, ob die Colitis membranacea ein primäres oder secundäres resp. complicirendes Leiden darstellt. Auch die Feststellung des arteficiellen Ursprungs der membranösen Colitis ist von practischer Wichtigkeit. Eine Differentialdiagnose kommt bei aufmerksamer Untersuchung lediglich gegenüber der Colitis mucosa in Betracht. Durch häufige Beobachtungen der Anfälle, sowie durch methodische, in den Intervallen vorzunehmende Darmspülungen wird eine Entscheidung fast immer möglich sein. Der Verlauf der Colitis membranacea geht genau parallel dem der habituellen Obstipation. Einflüsse, welche diese bessern, bringen auch jene zum Schwinden und umgekehrt.

2) Mannaberg (Wien): *Pathogenese und anatomische Pathologie der Enteritis membranacea und der Colica mucosa.* Man muss unterscheiden zwischen Enteritis membranacea und mucosa. Unter ersterer verstehen wir eine subacute oder chronische catarrhalische Affection des Dickdarms, die von besonders schleimreichen Entleerungen begleitet ist. Mit dem Namen Colica mucosa dagegen bezeichnen wir einen Krankheitszustand, der mit anfallsweise auftretenden heftigen Leibschmerzen verbunden ist, an die sich die Entleerung der Schleimmassen anschliesst. Es ist nun die Frage, ob sich beide Processe gelegentlich combiniren können. Jedes dieser Leiden, welchen nur die Entleerung schleimiger Massen gemeinsam ist, ist eine Krankheit für sich. Die Enteritis membranacea ist nur ein Dickdarmcatarrh, der durch eine reichliche Schleimentleerung characteri-

sirt ist; sie hat dieselbe Pathogenese wie der Dickdarmcatarrh. Die Colica mucosa dagegen hat ihre eigne Pathogenese. Sie beruht meistens auf allgemeiner Neuropathie (Hysterie, Neurasthenie) und wir sind daher geneigt, sie als eine Neurose anzusehen. Gelegenheitsursachen für die Entstehung des Leidens sind Erkrankungen des Genitalapparates beim Manne sowohl wie bei der Frau, psychische Affectionen, Verstopfung, reizende Mastdarmeingiessungen und organische Darmerkrankungen. Die Colica mucosa ist häufig noch von anderen Krankheitserscheinungen begleitet, welche sie zwar nicht hervorbringt, die vielmehr auf die nämliche nervöse Basis zurückzuführen sind: Achylia gastrica, nervöse Dyspepsie, spastische Constipation, Enteroptose. Die pathologische Anatomie der Enteritis membranacea ist dieselbe wie die der Enteritis im Allgemeinen. Bei der Colica mucosa haben die sehr wenigen Fälle, bei denen eine directe Beobachtung am Lebenden oder am Cadaver möglich war, keine wahrnehmbare Veränderung der Schleimhaut erkennen lassen.

3) A. Mathieu (Paris): *Traitement de la colite muco-membrancuse.* Bei der Colitis muco-membranosa ist Stuhlverstopfung die Regel; dieselbe ist oft spastischer Natur. Wenn Diarrhoe eintritt, die jedoch immer nur vorübergehend ist, so ist dieselbe die Folge eines Darmcatarrhs. Immer ist eine secretorische Reizung der Darmschleimhaut vorhanden. Die Colitis muco-membranosa tritt nur bei Individuen, die neuropathisch veranlagt sind, in ihrer vollen Stärke auf. Local führt sie Hyperaesthesie des Dickdarms herbei und verursacht Störungen der Motilität, wodurch besonders die Veranlassung zu spastischen Contractionen gegeben ist. Die allgemeine and die locale Neurosa stehen in beständiger Wechselbeziehung und wird stets die eine durch die andere gesteigert, ein Umstand, der bei der Therapie wohl zu berücksichtigen ist. Die Ernährungsstörung, die Schmerzanfälle und die Autointoxication sind ohne Zweifel die Ursachen für Anaemie, Abmagerung und manchmal sogar für bedeutende Cachexie. Die Obstipation ist zugleich Ursache und auch Folge der Colitis; sie muss in erester Linie beseitigt werden und mit dem Schwinden der Obstipation ist die Heilung der Colitis gesichert. Zur Bekämpfung der Obstipation sind Mittel anzuwenden, die weder die secretorische Reizung, noch die Schmerzanfälle, noch die Neigung zu spastischen Contractionen vermehren. Hiezu sind besonders Ricinusöl, hohe Darmeinläufe und Belladonna zu empfehlen. Das Ricinusöl wird morgens in kleinen Dosen verabreicht im Wechsel mit den Einläufen, die nur unter geringem Druck, langsam und ca. 40° warm in Quantitäten von 1½ bis 2½ Liter gegeben werden. Diese Einläufe mildern den schmerzhaften Reizzustand und den Spasmus im Darm, bewirken die Austossung der angesammelten Schleimmassen und haben eine mechanische antiseptische Wirkung. Man kann abgekochtes Wasser benutzen oder auch,

um die antiseptische Wirkung zu erhöhen, eine schwache Lösung von Natrium biboracicum oder salicylicum; will man zugleich auf den Darmcatarrh einwirken, so bedient man sich einer sehr verdünnten Lösung von Ammonium ichthyolicum. Jede Art von Darmreizung ist sorgfältig zu vermeiden, daher sind drastische Abführmittel und adstringirende Einläufe contraindicirt, ebenso auch Massage in den Fällen, in welchen eine ausgesprochene Hyperaesthesie des Darmes oder ein schmerzhafter Colonkrampf vorhanden ist. Vielfach wird eine reichliche vegetabilische Diät empfohlen, grüne Gemüse, gekochtes Obst etc., doch wird dieselbe von vielen Patienten nicht vertragen und man ist gezwungen, eine Regime anzuordnen, das zwar die Obstipation begünstigt, allein die Schleimhaut des Verdauungscanals weniger reizt. Oelcystiere erweisen sich oft als sehr nützlich, besonders wenn sie mit den erwähnten hohen Einläufen combinirt werden. Belladonna wird oft mit gutem Erfolg verordnet; es lindert den Schmerz und bekämpft die Neigung zu den spastischen Contractionen. Seltener wird man zum Opium und seinen Derivaten greifen müssen, wenn auch ihre Anwendung ab und zu angezeigt ist. Locale Wärmeapplication und heisse Bäder sind sehr zu empfehlen. Die allgemeine Neuropathie ist mit Nervina und Hydrotherapie zu behandeln. Bei schwachen und abgemagerten Kranken ist Gewicht auf die Ernährung zu legen.

4) Hemmeter (Baltimore): *Etude expérimentale sur l'action motrice et digestive des intestins.* Man sollte glauben, dass kleinste Theile Stärkemehls, die in das Rectum eingeführt werden, bis in den Magen hineingelangen könnten. Augenscheinlich verhindern aber die Salzsäure und das Kochsalz diese Bewegung, welche sich wahrscheinlich bei der Berührung mit der Schleimhaut selbst vollzieht, in Folge der Contraction der Muscularis mucosae. Das wässerige Extract des Rectalinhaltes enthält noch proteolytisches und amylolytisches Ferment. Wenn man bei Hunden drei Wochen hindurch eine sterile Kost verabreicht und mehrfach Thymol- und Sublimatauswaschungen vornimmt, findet man doch immer noch Microben im Darm, unter denen Bact. coli, Streptococcen und Proteus vulgaris vorherrschen. Die Gegenwart der Microben scheint übrigens für die normale Verdauung unerlässlich zu sein.

5) Zabè (Paris): *Hernie ombilicale et entéroptose. Corrélation de cause à effet.* Entgegen der allgemein verbreiteten Ansicht kommt die Nabelhernie ebnso häufig bei Erwachsenen wie bei Kindern vor. Die kleinen Nabelbrüche enthalten gewöhnlich ein Theil des grossen Netzes und ein Segment der Colonkrümmung. Tillaux in Paris hat in seiner Abhandlung über topographische Anatomie nachgewiesen, dass sich immer Theile des grossen Netzes in der Nabelhernie vorfinden, und regelmässig Verwachsungen mit dem Nabelring eingehen. Da nun diese seröse Falte einerseits am Magen, andererseits am

Colon transversum befestigt ist, so wird dadurch ein Zügel gebildet, der die Magenbewegungen controllirt und die Colonkrümmung abflacht. Mit der Zeit nimmt der Magen eine verticale Stellung ein und der vorgefallene Darmtheil wird stenosirt. Daher kommt es, dass so viele Nabelbrüche zugleich Dyspepsie und Enteroptose im Gefolge haben. Die ursächliche Beziehung zwischen Nabelhernie und Glénard'scher Krankheit ist augenscheinlich; dieselbe beruht auf solider anatomisch-pathologischer Basis. Vom anatomisch-mechanischen Standpunkt aus betrachtet, kann die Bauchhöhle eines auf dem Rücken liegenden Individuums genau mit einem Zimmer verglichen werden, dessen gewölbte Decke von der vorderen und seitlichen Bauchwand gebildet wird. Der Nabelring spielt die Rolle des Schlusssteins in dem Gewölbe und ist das statische Centrum, welches das einheitliche Zusammenwirken der Muskelcontractionen sichert und den eingeschlossenen Eingeweiden alle nur mögliche Bewegungsfreiheit und Volumsveränderung gestattet, ohne dass das Gleichgewicht gestört wird. Wenn sich nun ein Nabelbruchsack gebildet hat, verlieren die Fasern, die den serösen Sack am Nabelring fixiren, in einer gewissen Ausdehnung ihren Halt, und die sehr beweglichen Eingeweide, Magen und Darm, verlieren den ihnen so nothwendigen Stützpunkt. Daraus resultirt eine Störung des Gleichgewichtes, die sich nach den Mahlzeiten durch ein schmerzhaftes Gefühl der Schwere bemerkbar macht. Es ist, als ob der nunmehr ungenügend gestützte Leib zusammenfallen wollte. Die Heilung der Dyspepsie und Enteroptose in Folge einer Nabelhernie ist leicht zu erzielen, wenn es sich um eine Enteroepiplocle handelt. Ein conisch geformter Knopf wird in die Nabelöffnung eingelegt und hat den Zweck, die vorgefallenen Eingeweide zurückzuhalten und, wo möglich, die Verwachsungen des Netzes zu lösen. Der Knopf befindet sich an einer Pelotte, die mittels eines Gürtels nach dem System Glénard in der Nabelgegend befestigt wird. Sind die Verwachsungen auf diese Weise nicht zu beseitigen und erstrecken sie sich ausserdem noch auf die Nachbarorgane, so dass sich daraus die „Perigastritis adhaerens" bildet, so ist chirurgisches Eingreifen am Platze und ist dasselbe meistens von gutem Erfolge begleitet.

6) Esguerra: *Intervention chirurgicale dans l'appendicite.* E. wendet sich dagegen, dass jede Appendicitis nur durch die Operation vorschlägt, die ein Eingriff ist, der oft eine ebenso Publicum verbreitet ist. Es kommt doch oft genug vor, dass eine Appendicitis spontan heilt, und das muss sich der Arzt selbst sagen, wenn er dem Kranken und seinen Angehörigen die Operation vorschlägt, einen Eingriff, der oft eine ebenso grosse Gefahr bedeutet, als die Krankheit selbst. Nur ein sehr geübter Chirurg kann der Unschädlichkeit der Operation sicher sein. Die Technik derselben ist aber noch nicht in allen Ländern gleich sicher.

7) Galliard (Paris): *Pleuresie purulente à bacilles Eberth. Guérison sans pleurotomie.* Ein Mädchen von 16 Jahren erkrankte im März d. J. an leichtem Typhus. Einen Tag nach der Entfieberung traten plötzlich Schmerzen in der linken Seite auf, und andauerndes leichtes Fieber. Nach 14 Tagen Probepunktion: blutig-eiteriges Exsudat. Durch Thoracocentese werden 250 ccm Exsudat entleert und Einspritzung von 50 g verdünnter Carbolsäure in die Pleura zur Desinfection. Darnach ein Anfall schwerer Carbolintoxication, welcher nach einigen Tagen vorüberging. In den nächsten Wochen hat G. dann die Thoracocentese noch 5 Mal wiederholt und stets eiterige Flüssigkeit in verschieden grosser Menge entleert. Die Kranke hat nur eine pleuritische Schwäche zurückbehalten, ist sonst aber völlig gesund geworden.

8) Bloch: *Origine de la teinte jaune chlorotique.* Man hat bisher angenommen, dass die gelbgrüne Farbe der Bleichsüchtigen dadurch zu Stande kommt, dass das Haemoglobin in concentrirter Lösung die vollen Strahlen nicht durchlässt, dagegen die gelben und grünen. Dies scheint nicht richtig zu sein. B. glaubt vielmehr, dass diese Farbe, wie bei den braunen Rassen und den Cachectischen von Pigmentanhäufungen herrührt, die man bei Chlorotischen an den Mammae, Gesicht und Fingern findet. Das Pigment stammt aus zerstörtem Haemoglobin, welches sich in dem Rete Malpighii der Haut ausscheidet.

9) Ferdinandez de Harra (Columbien): *Le traitement moderne de la fièvre jaune.*

Referate und Kritiken.

Die Osteotomie bei der Behandlung der Hüftgelenksdeformität. Von Prof. Dr. A. Hoffa. Separatabdruck aus der Festschrift der Phys. Med. Gesellschaft, Würzburg. A. Stuber's Verlag, 1899.

Nach einer kurzen Einleitung bespricht H. die Geschichte der Osteotomie des Hüftgelenks und hebt mit Recht die von Volkmann eingeführten Operationen, Osteotomia subtrochanterica, Osteotomia subtroch. cuneiformis und die Meisselresection als die wichtigsten hervor, wobei ihm nur entgeht, dass Volkmann schon im Jahr 1886 (wie Ref. aus eigener Erfahrung weiss) mit der Knochenoperation die Durchschneidung der Adductoren und der Fascie verband. Es folgt die Besprechung der allgemeinen Technik und Prognose der Osteotomie, die mit solcher Klarheit und eingehender Detailisirung beschrieben ist, dass sie augenscheinlich auch für Nichtchirurgen bestimmt ist. Man vermisst hierbei die Erwähnung der Gigli'schen Säge, die

für die quere Osteotomie bei manchen Chirurgen die Stelle des Meissels eingenommen hat.

H. beschreibt nun 49 Osteotomien, die an 42 Patienten vorgenommen wurden. Zunächst solche bei coxitischen und ähnlichen Deformitäten, sowohl tuberculöse wie luetische, rheumatische, osteomyelitische und postscarlatinöse. Der Werth aller dieser kurzen und treffend beschriebenen Krankengeschichten wird dadurch wesentlich gehoben, dass der Befund der nach 2—5 Jahren vorgenommenen Nachuntersuchung mit eingetragen ist. Bei den 37 Osteotomien dieser Gruppe wurden alle die verschiedenen Operationsmethoden angewandt; sehr warm empfiehlt H. die schiefe subtrochantere Osteotomie (soll wohl heissen schräge), welche eine wesentliche Verlängerung des Beines erlaubt.

Hierauf folgt die Osteotomia subtrochanterica obliqua zur Behandlung einseitiger angeborener Hüftluxation bei älteren Patienten, welche als ausserordentlich nutzbringend mit Recht sehr empfohlen wird.

Schliesslich folgt die Osteotomie zur Behandlung der Coxa vara, wobei auch die subtrochantere Osteotomie der im Schenkelhalse vorgezogen wird.

Die beigegebenen Photographien illustriren die Arbeit vorzüglich, bis auf die Röntgenplatten No. 9 und 10, welche selbst dem erfahrenen Beobachter von Röntgenbildern in der Reproduction absolut nichts bieten. Eine Reproduction der Negative, statt der Positive ist entschieden viel richtiger.

Kiliani.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

Münchener Medicinische Wochenschrift, 1900, No. 10 und 11.

1) L. Froriep: *Beitrag zur Totalexstirpation des completen Scheiden- und Uterusfalles nach* A. Martin.

F. berichtet über 6 derartige Fälle, die nach dem Martin'schen Verfahren in der Greifswalder gynäcologischen Klinik operirt wurden: Vernähung der Pars cardinalis mit den Scheidenresten und Verschmelzung der Peritonealwände. Unmittelbar nach der Operation zeigte sich das Resultat dieses Vorgehens als ein vollkommen einwandfreies. Der Vulvarand bezw. die Scheidenreste wurden straff nach oben gezogen und bilden eine Tasche, in die man mit 2 Fingergliedern eingehen kann. Die beiden Enden oben bilateralwärts der quer verlaufenden vernähten Wundlinie zeigen deutlich die Retractionswirkung der innen ziehenden Bänder, indem hier ganz besonders hoch die Scheidenreste hinaufreichen. Die Heilung erfolgte in allen Fällen per primam. Eine nennenswerthe Temperatursteigerung wurde nicht

beobachtet, für die platte Narbenbildung und Verklebung der Peritonealflächen von grösstem Werthe, nicht minder für die dauernde Fixation der einzelnen Theile gegen einander. Die Nachuntersuchung erstreckt sich über 5 von 6 Frauen. Das Allgemeinbefinden derselben war ein sehr gutes, ohne Beschwerden versahen sie ihre gewöhnliche Arbeit. Die Vulva- bezw. Vaginaltaschen waren gut nach oben retrahirt und verschlossen; bilateralwärts waren die trichterförmigen Einziehungen vorhanden, durch derbe Stränge nach dem Beckeninnern fixirt. Allerdings mag der Erfolg der Operation dadurch beeinträchtigt sein, dass sich in 4 Fällen Hervorwölbungen der Blasenbasis herausgebildet hatten. Vielleicht war die Verklebung von Blasen- und Darmwand nicht breit bezw. nicht fest genug, als die Frauen ihre täglichen Arbeiten wieder aufnehmen mussten, so dass vorne die schmale Narbe sich öffnete und durch den so entstandenen Spalt die Blasenbasis von Peritoneum überzogen ganz allmählich durchrutschte.

Obschon die Operation den verstümmelnden zuzurechnen ist, so ist doch durch dieselbe den leidenden Frauen ein Zustand geschaffen, der ihnen ihre Lage wieder erträglich macht. Ausserdem handelt es sich um ältere Frauen, welche, der arbeitenden Klasse angehörend, entweder die Grenze der Zeugungsfähigkeit überschritten haben oder wenigstens nicht weit davon entfernt sind.

2) Rissmann: *Heilung und Verhütung der Retrodeviationen des Uterus im Wochenbette.*

R. empfiehlt für die Verhütung und Heilung der Retrodeviationen im Wochenbette folgende Punkte grösserer Beachtung, als dies gewöhnlich geschieht: 1. Empfehlung der Seitenlagerung (zu Zeiten Gesichts-Bauchlage) für jede Wöchnerin. 2. Untersuchung jeder Puerpera kurz nach dem Aufstehen, nach Aborten früher. 3. Frauen, die an Retrodeviationen vor der Geburt litten, sollen am 5. Wochenbettstage ein Pessar erhalten.

3) R. Kossmann: *Casuistische Miscellaneen aus dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynäkologie.*

I. Schwangerschaft und Entbindung nach beiderseitiger Castration. K. hatte im Jahre 1895 bei einer Frau die vordere Elytrotomie ausgeführt und beide Ovarien unter Zurücklassung der Tuben exstirpirt. Ein und einhalb Jahre später wurde ihm mitgetheilt, dass die Frau schwanger sei, und sie wurde auch am 2. December 1897 entbunden. Zur Zeit ist die Operirte abermals schwanger. Nach K. lässt sich die Conception nur dadurch erklären, dass die Ligaturen, mit denen die Ovarien abgebunden worden waren, zwar genügten, um die Blutung zu stillen, aber nicht, um die Ernährung der über ihnen verbliebenen kleinen Ovarialreste vollständig zu unterbrechen. Die Möglichkeit, dass K. ein überzähliges Ovarium übersehen hätte, ist in diesem Falle auszuschliessen.

II. Zur Bedeutung des Mekonium-Abganges. Es ist eine in den meisten geburtshülflichen Lehrbüchern ohne Einschränkung ausgesprochene Lehre, dass bei Kopflagen der Abgang von Meconium als ein für das Kind prognostisch ungünstiges Symptom zu betrachten sei und eine Indication zur thunlichst schleunigen Entbindung darstelle, sofern eine solche ohne Perforation überhaupt möglich erscheint. K. war in der Lage, zu beobachten, dass in einem Falle, in welchem während des ganzen Tages Meconium neben der Kopfgeschwulst abfloss, sobald man den Finger auch nur halb einführte, doch keine Störung in der Frequenz der kindlichen Herztöne nachgewiesen werden konnte und das Kind auch nicht asphyctisch zur Welt kam. Der Fall zeigt, dass der Abgang von Meconium vielleicht den unaufmerksamen Arzt, der die Herztöne nicht genügend controllirt hat, mahnt, das Versäumte nachzuholen, aber niemals eine Indication für irgend einen therapeutischen Eingriff darstellt.

4) Ph. F. Becker: *Ein Fall von neurastheuischem Schüttteltremor nach Trauma.*

B. theilt die Krankengeschichte eines 24jährigen Neurasthenikers mit, der als sehr auffallendes Krankheitssymptom ein andauerndes, ungemein heftiges Zittern zeigte, das im Anschluss an ein Trauma, Pferdehufschlag vor den Leib, plötzlich aufgetreten war. Simulation konnte sicher ausgeschlossen werden.

5) M. Simmonds: *Ueber Tuberculose des Magens.*

Entgegen der Ansicht Petruschky's betont Verf., dass das von diesem vorausgesetzte häufigere Vorkommen tuberculöser Affectionen des Magens nicht in Einklang zu bringen ist mit der pathologisch-anatomischen Erfahrung. Man kann viele hundert Sectionen ausführen ohne auch nur ein einziges Mal dem tuberculösen Magengeschwür zu begegnen und eine isolirte oder primäre Magentuberculose hat wohl selten ein Pathologe zu Gesicht bekommen. Wie selten selbst das secundäre tuberculöse Ulcus ventriculi ist, geht daraus hervor, dass S. dasselbe in den letzten 10 Jahren unter nahezu 2000 Sectionen tuberculöser Individuen nur 8 mal angetroffen hat, und damit stimmen auch die Erfahrungen, die in anderen Anstalten gemacht wurden, überein. Die Miliartuberculose der Magenwand darf als ein häufigeres Vorkommniss angesehen werden. S. hat dieselbe innerhalb Jahresfrist viermal angetroffen.

6) R. Müller: *Mittheilung von zwei Fällen von Tetanus traumaticus.*

Beide Fälle wurden mit Behring'schem Tetanusantitoxin behandelt. Wenn auch der erste Fall mit Exitus endigte, so liess sich doch ein günstiger Einfluss des Serums auf den Krankheitsverlauf nicht bestreiten. Es war zu sehen, dass etwa 5 Stunden nach der Injection die Anfangs in Pausen von wenigen Minuten auftretenden Anfälle seltener wurden und an Intensität verloren,

bis sie sich Nachts nur 1—2 mal in der Stunde wiederholten; erst unter der Einwirkung des Tagesgetriebes trat wieder eine Zunahme der Attaquen ein. Dasselbe wurde nach der 2. Injection beobachtet, auch jetzt seltener und weniger heftige Anfälle und Hebung des subjectiven Befindens. Wenn trotzdem der Exitus erfolgte, so dürfte dies seine Erklärung in einer vorhandenen Papillarmuskeldegeneration des Herzens und Coronararteriosclerose finden. Der 2. Patient würde vermuthlich auch ohne Seruminjectionen genesen sein, man konnte aber annehmen, dass durch die Serumdarreichungen, die keinerlei schädlichen Nebenwirkungen hervorriefen, eine Abkürzung des Krankheitsverlaufes erzielt wurde; während nach den ersten Injectionen nur eine geringe, in seltenerem Auftreten der Krampfanfälle bestehende Besserung eintrat und am 4. Tage Abends sogar eine Verschlechterung sich zeigte, liessen die tetanischen Erscheinungen nach der 3. Injection in ganz auffallender Weise nach.

7) Röpke: *Casuistische Beiträge zur Schwierigkeit der Diagnose endocranieller otogener Erkrankungen.*

R. giebt die Krankengeschichte zweier hierher gehöriger Fälle. Nach eingehender Untersuchung des ersten Falles kam er zu der Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Kleinhirnabscess, event. complicirt mit Sinusthrombose. Auf jeden Fall war zunächst die Radicaloperation sofort geboten. Als er bei dieser keinen directen Zusamenhang zwischen dem primären Krankheitsherd und der Schädelhöhle fand, nahm er von einem weiteren Eingriff trotz der bedrohlichen Symptome Abstand, um den Erfolg der Operation erst abzuwarten. Die einzige Aenderung, die nun nach der Radicaloperation eintrat, war die, dass das Fieber abfiel, gleichzeitig der Puls aber sich verlangsamte. Die anderen Hirnerscheinungen (Schmerzen im Hinterkopf, Nackensteifigkeit, Zuckungen der Extremitäten auf der erkrankten Seite, Stauungspapille) nahmen zu. R. glaubte nunmehr die Diagnose „Kleinhirnabscess" gesichert und führte die Punction des Kleinhirns aus, die jedoch eine Bestätigung der Diagnose nicht ergab. Kein Eiter. Der 2. Fall war dem ersten sehr ähnlich. Auch hier bestanden starke und auf den Hinterkopf beschränkte Schmerzen der erkrankten Seite und Druckempfindlichkeit daselbst, ferner Schwindel und Erbrechen. Die Patellarreflexe waren gesteigert, es bestanden Zuckungen der Extremitäten der erkrankten Seite, zeitweilige Bewusstlosigkeit, Pulsverlangsamung, Facialisparese auf der erkrankten Seite und Verlangsamung der Respiration mit Cheyne-Stokes'schem Typus. R. entschloss sich in dem Gedanken an die Erfahrungen, die er bei dem ersten Falle gemacht hatte, nur ungern zur Punction des Kleinhirns. Die Symptome waren nach seiner Ansicht aber so klar, dass er eine Eiterung im Kleinhirn annehmen musste. Auch in diesem Falle bestätigte die vorgenommene Operation die Diagnose nicht. Durch den Befund bei der Operation und durch den weiteren Krank-

heitsverlauf — beide Fälle endeten mit Heilung — ist es als sicher anzunehmen, dass in beiden Fällen ein Abscess im Kleinhirn nicht bestand. R. neigt sich vielmehr der Ansicht zu, dass es sich hier um eine circumscripte purulente Meningitis der hinteren Schädelgrube mit Hydrocephalus internus gehandelt hat. Die Meningitis ist in ein chronisches Stadium getreten und nach Ausrottung des primären Herdes wahrscheinlich spontan ausgeheilt.

8) G. Avellis: *Schleimhautpemphigus als Ursache der Verwachsung des weichen Gaumens und Heilung derselben mittels besonderer Hartgummibougies.*

Es giebt in der Literatur bis jetzt nur drei Beobachtungen, wo beim Rachenpemphigus Verwachsungen des weichen Gaumens beschrieben sind. G. ist nun in der Lage, diesen Fällen einen solchen eigener Beobachtung anzuschliessen.

9) V. Noorden: *Zur Schiefhals-Behandlung.*

Verf. erörtert an der Hand eines speciellen Falles die Aetiologie und Therapie des Schiefhalses. Markante Punkte aus der Anamnese des betr. Falles sind: eine Steissgeburt und mehrere Infectionskrankheiten im fünften Lebensjahr mit Anschluss schneller Entwicklung der fehlerhaften Haltung. Die Operation ging von einem 10 cm langen Schnitt aus. Heilung der Wunde ohne Zwischenfall, keine spätere Keloidbildung. Ein Versuch, die erlaubte Neigung zur gesunden Seite in Uebercorrection durch eine Organtingipskappe zu fixiren, scheiterte. Es wurde principiell von jedem Fixationsverband abgesehen und für die Folgezeit häufiges Liegen auf einer schiefen Ebene in Glisson'scher Schwinge oder Einhängen des Kopfes beim Sitzen am Nähtisch etc. in eine in der Nähe angebrachte Glisson'sche Schwinge mit leichtem Gegengewicht angeordnet. Desgleichen lange Zeit tägliche Massage der seitlichen Wirbelsäulenmuskel. Nach zweijähriger Beobachtungszeit hat sich ein zufriedenstellendes Resultat herausgebildet. Die secundären Erscheinungen des gestörten Gleichgewichtes, wie schlechte Haltung des Rumpfes, schiebender Gang mit Tendenz der Vorneigung der rechten Körperseite und Krümmung der Wirbelsäule (concav zur kranken Seite) schliffen sich ab. Die anatomische Ungleichheit der Gesichtshälften, eine fast immer recht entstellende Zugabe, hat sich bis auf weniges ausgeglichen.

10) H. Neumayer: *Ueber Oxykampher.*

Nachdem schon Manasse und Heinz den Oxycampher zu therapeutischen Versuchen bei dysponischen Zuständen empfohlen hatten, wurde das Mittel auch an der medicinischen Universitätspoliklinik in München in Anwendung gebracht und zwar in der verschiedensten Form, als Pulver, in Form von Trochisci mit Milchzucker zusammen und als Mixtur, wie sie Ehrlich und Jakobson gegeben hatten:

℞	Oxycampher	1.0
	Spirit. vin.	5.0
	Aq. dest.	180.00
	Syrup. Rub. Id.	20.0

MDS. Esslöffelweise zu nehmen.

Ferner wurde der Oxycampher subcutan injicirt und zwar in Olivenöl gelöst, ähnlich dem Ol. camphoratum. Als später Manasse dem Oxycampher durch Auflösen desselben in Alcohol eine absolut haltbare Form gegeben hatte, in welcher der Oxycampher von den Höchster Werken unter dem Namen Oxaphor ausschliesslich in den Handel gebracht wurde, kam nur mehr dieses Präparat zur Verwendung und zwar entweder mit etwas Wasser gemischt oder in Form der angeführten Mixtur.

Es wurde gefunden, dass das Präparat in jeder Form ohne jede besondere Beschwerde vertragen wird und auch zur Wirkung gelangt. Das Mittel wurde bei verschiedenen Formen von Dyspnoe zur Verwendung gebracht, vor Allem aber bei gesteigerter Athemfrequenz im Anschluss an Circulationsstörungen und an Erkrankungen der Lunge. Die Beobachtung der auf diese Weise behandelten Fälle hat nun ergeben, dass in der That bei einem grossen Theile derselben ein ausgesprochener Einfluss auf die Athmung zu verzeichnen ist. Bei den Patienten, die theils in Folge von Circulationsstörungen, theils in Folge von Lungenerkrankungen an Dyspnoe litten, und welche sämmtliche vor der Darreichung von Oxycampher mitunter eine beträchtliche Beschleunigung der Athmung zeigten, trat innerhalb weniger Minuten nach Aufnahme des Mittels in den Magen eine vollkommene Beruhigung der Athmung ein. Die vorher gesteigerte Frequenz der Athemzüge sank zur Norm herab. Die Athemzüge, welche vorher oberflächlich waren, wurden tief und reihten sich in regelmässiger Folge an einander. Da die Athmung zugleich mit der Verlangsamung eine Vertiefung erfährt, so ist eine mangelhafte Luftzufuhr, wie sie bei verlangsamter, aber oberflächlicher Athmung sicher eintreten würde, als ausgeschlossen zu betrachten.

Was die Einwirkung des Oxycamphers auf das Herz anbelangt, so konnten keine oder wenigstens keine deutlich nachweisbaren Veränderungen festgestellt werden. Der Magendarmcanal vertrug das Mittel vollkommen gut und auch von Seiten des uropoetischen Apparates waren keine schädlichen Nebenwirkungen zu sehen. Es gab deshalb auch niemals Klagen von Seiten der Patienten, im Gegentheil, in den Fällen, wo eine Beeinträchtigung der Athmung statthatte, waren die Patienten höchst befriedigt über die bedeutende Erleichterung, welche ihnen das Mittel auf mehrere Stunden verschaffte.

Was die Intensität der Wirkung des Oxycamphers anlangt, so wurde der Eindruck gewonnen, dass sie bei sehr schweren Dyspnoeen hinter der der Narcotica, besonders des Morphiums, allerdings etwas zurückbleibt. Auch kann Gewöhnung an das

Mittel eintreten, so dass sich seine Wirkung abstumpft. Das hindert aber nicht, im Oxycampher für viele Fälle ein werthvolles Mittel zu sehen. Als Einzeldosis empfiehlt sich die Menge von 40 Tropfen Oxaphor = 1 g Oxycampher. Die günstigsten Bedingungen für eine rasche und energische Wirkung dürften Aufnahme des Mittels mit einer nicht zu kleinen Menge Wasser bei nüchternem Magen sein.

11) J. Esser: *Sklerema neonatorum oedematosum im Zusammenhang mit ausgedehnter Lungenblutung.*

Nach dem bei der Section gemachten pathologisch-anatomischen Befund dürfte das Sclerema oedematosum in folgender Weise zu Stande gekommen sein: Dem rechten Ventrikel wurde in den Lungen durch einen ausgedehnten Bluterguss, der, dem fibrinösen Pleurabelag nach, 8 Tage alt sein konnte, ein beträchtlicher Widerstand entgegengesetzt, der rückwirkend auf rechten Vorhof und Körpervenen bei dem Ueberdruck des ersteren gegenüber dem linken Vorhof durch das offene Foramen ovale umgangen werden musste. Die starke venöse Füllung im grossen Kreislauf sprach aber dafür, dass diese Compensation nicht genügen konnte. Natürliche Folge bei der durch die Blutung äusserst reducirten Athmungsfläche war ferner mangelhafte Arterialisation des Blutes und somit schlechte Ernährung der Capillarwände und des sie umgebenden Gewebes. Auf beiden lastete ausserdem in Folge der Stauung ein andauernder Druck, der zu einer Herabsetzung der Gewebsspannung führen musste. Dies Beides im Verein bewirkte das Oedem, und zwar einerseits durch eine Begünstigung der Transsudation von Flüssigkeit, andererseits durch ein erschwertes Fortschaffen derselben, da die hierzu erforderliche Spannungsdifferenz zwischen Lymphwurzeln und grossen Lymphgefässen, welch' letztere zudem noch in die unter gesteigertem Druck stehenden Venen münden, vermindert wurde.

12) C. Rammstedt: *Ueber eine eigenthümliche Pfählungsverletzung.*

Es handelte sich um einen langen Holzsplitter, der einem 28-jährigen Arbeiter bei einer Schlägerei unterhalb des linken Bulbus in die Orbita eingedrungen war und mit Durchbohrung des linken Siebbeins, schräg von oben und vorne nach unten und hinten, durch die linke Oberkieferhöhle, die Nasenhöhle mit dem Pflugscharbein, ferner die rechte Oberkieferhöhle, in den engen Raum zwischen rechtem Kiefergelenk und dem Process. coronoideus mandibulae eingedrungen und stecken geblieben war. Nach Erweiterung der Wunde am linken Auge konnte der Splitter verhältnissmässig leicht mit der Kornzange extrahirt werden. Die Wunde wurde angefrischt und gründlich gesäubert, vor dem rechten Ohre eine Contraincision angelegt und in beide Wunden lange Drains eingeführt, so dass der ganze Stichcanal gut drainirt war. Der Heilungsverlauf war ein vollkommen fieberloser

und ohne Zwischenfälle, obwohl man eine Verletzung grösserer Gefässe oder eine Infection durch den Holzsplitter hätte erwarten sollen.

13) H. Krapf: *Die Distorsion des unteren Fussgelenkes.*

Zweck der Arbeit ist, darauf hinzuweisen, wie wichtig bei der Untersuchung und Begutachtung von Unfallverletzten die Prüfung der seitlichen Beweglichkeit ist. Sehr schwer kann man sich in der Beurtheilung eines Falles täuschen, wenn man — flüchtig untersuchend — sich mit der Feststellung normal ausführbarer Dorsal- und Plantarflexion des Fusses und dem Ausschliessen einer Fractur in der Umgebung des Fussgelenkes begnügt, während man bei nur etwas genauerem Zusehen sehr häufig eine Beschränkung oder Aufhebung der Pro- und Supination des Fusses feststellen und so für die Angaben des zu Untersuchenden eine objective Grundlage finden kann.

14) O. Rommel: *Beitrag zur Behandlung frühgeborener Kinder.*

Verf. theilt die Erfahrungen mit, die an der Münchener Kinderpoliklinik mit den von Lion angegebenen Couveusen gemacht wurden und bezeichnet dieselben als günstig.

15) R. Kossmann: *Casuistische Miscellaneen aus dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynäcologie.*

III. Elytroclisis bei Ureter-Scheidenfistel. Fritsch warnt in seinem Handbuche der Gynäcologie ausdrücklich vor der Ausführung dieser Operation, da „definitive Heilung unmöglich ist." K. hat dieselbe nun bei einer Patientin vorgenommen und einen vollkommenen Erfolg damit erzielt. Beschreibung des Verfahrens.

IV. Rasches Wachsthum eines Cystoma ovarii glandulare. Es gilt als allgemeine Erfahrung, dass die Ovarialcystome ziemlich langsam wachsen. Bekannt ist allerdings, dass bei maligner Entartung sich dieses Wachsthum sehr beschleunigen kann. K. theilt nun Kranken- und Operationsgeschichte einer 15jährigen Patientin mit, bei welcher das Wachsthum eines, im histologischen Sinne nicht malignen Tumors eine ganze Anzahl mehr oder weniger sachverständiger Personen zu einer falschen Diagnose verleitet hatte, weil es durchaus der Grössenzunahme der schwangeren Gebärmutter entsprach.

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt New York.

17 West 43. Strasse.

Montag, den 7. Mai 1900.

Präsident Dr. Hermann G. Klotz eröffnet die Sitzung um 8¼ Uhr.

Secretär Dr. John A. Beuermann verliest das Protocoll der vorigen Sitzung, welches genehmigt wird.

Vorstellung von Patienten.

Dr. Carl Beck: Fall von Verbrennung.

M. H. Gelang es einem Arzt nach einer schweren Verbrennung das Leben zu retten und ist dann zu guter Letzt die Vernarbung vollendet, so pflegt er sich zu gratuliren und misst dann den weiteren Folgen, wie z. B. einer Contractur, keine grosse Bedeutung mehr bei. Ja, man kann sagen, dass seine Activitätsbestrebungen, nachdem die Heilung so weit fortgeschritten ist, einen absteigenden Character annehmen. Vielleicht trägt auch die Familie einen beträchtlichen Theil der Schuld an seinem verfrühten Wohlgefallen an dem Resultat und der entsprechend geringen Würdigung der Bedeutung der Contractur. Darum möchte ich gerade an dieser Stelle, und nicht in einer chirurgischen Specialsection, Fälle dieses Characters vorstellen, um zu zeigen, wie segensreich kleine plastische Operationen bei Deformitäten, welche in Folge von ausgedehnten Verbrennungen entstanden, wirken und zugleich die Ungefährlichkeit der operativen Technik betonen. Bei diesem Fall, einem zweijährigen Knaben, war eine absolute Beugungscontractur des Ellbogens vorhanden, welche durch eine drei Monate hindurch fortgesetzte Massage-Behandlung durchaus nicht beeinflusst worden war. Der grosse Defect konnte durch die viel zu wenig geübte Operation der Transplantation von Seiten der vorderen Brustfläche ausgezeichnet gedeckt werden. Nach zehn Tagen wurde die Brücke durchtrennt und nun wurde der Arm mühelos in die Streckstellung übergeführt. Die Operation war erst vor vier Wochen gemacht worden und hat, wie Sie sehen, eine völlige Restitutio ad integrum erreicht.

In dem zweiten Fall, welcher ein vierjähriges Mädchen betrifft, handelte es sich um ausgedehnte Contracturen von Seiten der Achselhöhe, wie Sie aus der vor der Plastik genommenen photographischen Aufnahme sehen können. Es hatte sich ein ungeheurer, schwimmhautähnlicher Narbenstrang dort gebildet, der an der vorderen Axillarlinie bis nahezu zur fünften Rippe reichte. Hier wurde nun zuerst eine Plastik auf der Vorderseite

der Brust gemacht und der Defect in der Axilla gedeckt. Nach nahezu völliger Vernarbung dieser Operationssphäre schritt ich, um den nach hinten noch bestehenden Defect zu decken, zur Lappenblidung vom Rücken aus. Obgleich die Operation erst vor einer Wche ausgeführt wurde, können Sie sich doch schon von der Heilung überzeugen.

Pneumatose des rechten Thränensacks.

Dr. A. Schapringer stellt einen 36jährigen Buchhalter vor, dessen rechter Thränensack erweitert ist und habituell eine kleine Quantität Luft enthält, welche bei Ausübung eines Druckes durch den Finger mit knisterndem Geräusch nach unten gegen die Nasenhöhle zu entweicht. Bei kaltem, windigem Wetter thränt das rechte Auge nach Angabe des Patienten wohl ein wenig, doch sind objectiv ausser dem Luftgehalt keine sonstige Abnormitäten an dem Thränenableitungsapparat, insbesondere keinerlei Anschwellung, keine Fistel und keine Spur von Dacryocystoblennorrhoe festzustellen.

Hülfe gesucht hatte der Patient wegen Kopfschmerzen und mangelnder Ausdauer der Augen bei der Arbeit. Die Untersuchung ergab astigmatischen Bau beider Augen, u. z. links einfachen myopischen Astigmatismus leichten Grades, Achse mit der Regel, rechts zusammengesetzten myopischen Astigmatismus mit schiefer Achse. Im Verlauf der Untersuchung gab Patient an, dass er vor etwa drei Jahren zum resten Mal zufällig bemerkt habe, dass, wenn er mit den Fingern durch das Lid einen Druck auf den rechten Augapfel ausübte, er das Gefühl hatte, als ob ein elastisches Gebilde nachgäbe und das Wegströmen einer Flüssigkeit stattfände. Vortragender hätte diese Angabe des etwas hypochondrisch veranlagten Patienten nicht weiter beachtet, wenn Letzterer nicht hinzugefügt hätte, dass dabei ein deutliches Geräusch hörbar werde. Als nun der Patient das Druckmanöver gegen den Bulbus auf Geheiss ausführte, hörte man richtig ein leises knisterndes Geräusch wie von entweichender Luft. Dies liess Vortragenden an den Thränensack denken, und als er nun selbst mit dem Finger, nicht gegen den Augapfel, sondern gegen die Gegend des Thränensacks drückte, war auch richtig das Geräusch wieder vernehmbar. Beim Nachlass des Fingerdrucks merkt man, wie eine elastische Membran der sich entfernenden Fingerspitze folgt, um ihre frühere Lage wieder einzunehmen. Offenbar füllt sich der Thränensack bei Nachlass des Druckes gleich wieder mit Luft; dies geschieht aber ohne Geräusch, das Knistern ist nur beim Auspressen der Luft vernehmbar. Man kann das Manöver mehrmals hintereinander ausführen. Die Luft entweicht nicht nach oben durch die Thränenkanälchen und die Thränenpunkte. Dies wird dadurch bewiesen, dass wenn man den Patienten die Rückenlage einnehmen lässt und die Gegend des innern Augenwinkels unter Wasser setzt, beim Erzeugen des knisternden Ge-

räusches keine Luftblasen von den Thränenpunkten aufsteigen. Es ist somit wohl anzunehmen, dass die Luft durch die an der obern Wand des untern Nasengangs befindliche natürliche untere Oeffnung des Thränenschlauchs entweicht. Die unzugängliche Lage dieser Oeffnung macht es aber unmöglich, hier Beobachtungen anzustellen. Merkwürdig ist aber, dass Patient angiebt, beim Auspressen der Luft nichts in der Nase zu spüren.

Beide Nasenhöhlen sind für die Athmungsluft frei durchgängig, doch giebt Patient an, dass in seinem vierzehnten Lebensjahre ein Arzt Polypen in der Nase entdeckt und entfernt haben soll; er erinnert sich nicht mehr, welche Seite betroffen war. Vor zwei Jahren wurde er wegen Kopfschmerzen und Athembehinderung in einer specialistischen Clinik hiesiger Stadt mit Ausbrennung der linken Nasenseite behandelt.

Es ist bekannt, dass gewisse Menschen beim positiven, seltener wohl beim negativen Valsalva'schen Versuch Luft durch die Thränenwege streichen lassen können. Dass aber der Thränensack im Gleichgewichtszustand Luft enthalten könne, hat Vortragender nirgends in der Literatur erwähnt gefunden und ist somit der vorgestellte Fall vorläufig als Unicum anzusehen. Die nächste Ursache dieses sonderbaren Verhaltens des Thränensacks ist wohl in einer ungewöhnlichen Rigidität seiner häutigen Wandung zu suchen; welches Moment jedoch die Entwickelung dieses Rigidität veranlasste, lässt sich vorläufig nicht feststellen.

Dr. R. Denig: Es ist das Verdienst von Dr. Schapringer, die Aufmerksamkeit der Ophthalmologen auf diese eigenthümliche Missbildung gelenkt zu haben. Die erste Mittheilung über diesen Gegenstand erschien von Harlan und de Schweinitz in Philadelphia. Der Fall, über den ich bei der 11. Versammlung deutscher Naturforscher berichtete, stellt gewissermaassen das Bindeglied zwischen den Harlan'schen und Schapringer'schen Fällen dar. Ausserdem hatte ich Gelegenheit, in einem der Schapringer'schen Fällen die Bindhautfalte abzutragen und microscopisch zu untersuchen und fand ich, dass es sich nicht um eine Duplicatur der Schleimhaut handelte, vielmehr, dass diese Bindehautfalte ihr Entstehen chronischen, leicht entzündlichen Vorgängen verdankt, die in der fötalen Zeit, vielleicht während der Differenzirung der das Lid bildenden Hautfalte in drei Platten auftraten. Die abgetragene Falte entsprach in ihrer Zusammensetzung Bindehautgewebe mit nur einer Lage Cylinderepithels.

Dr. Carl Dauber: Der Patient, den ich mir nachher erlauben werde Ihnen vorzustellen, ist ein 40jähriger, sehr kräftiger Mann. Er kam am 16. October v. J. zu mir. Er hatte kurz vorher Blut erbrochen und hatte Schmerzen bei Speiseaufnahme. Infolgedessen hütete ich mich, die Sonde einzuführen, und behandelte ihn vier Wochen lang mit flüssigen und breiigen Speisen, Bismuth entsprechend der Diagnose Ulcus

cardiae. Als nach einmonatlicher Behandlung eine Besserung nicht erreicht werden konnte, führte ich die Sonde ein, da die Symptome nun deutlich für Cardiastenose sprachen. Es handelte sich um ein unüberwindliches Hinderniss, das leicht blutete und ich stellte aus andern Gründen, die hier nicht weiter zu erörtern sind, die Diagnose auf Carcinom der Cardia. Das Hinderniss lag 41 cm hinter der Zahnreihe. Dr. K a m m e r e r hatte bald darauf die Freundlichkeit, den Mann ins Hospital aufzunehmen und am 9. December die Gastrostomie zu machen. Er wurde am 27. December entlassen. Er hatte im Ganzen, ehe er zu mir kam, 40 Pfund abgenommen, hat sich dann auf diesem Gewicht bei immerhin noch guten Kräftezustand gehalten. Die Behandlung bestand in entsprechender Diät, grossen Dosen von Bismuth mit Oel genommen und Morphin wegen der starken Schmerzen. Mitte Januar bekam er Bronchitis. Später, von dem 9. Februar fing ich mit einer Oelkur an, und dies ist der Hauptgrund, warum ich den Patienten heute Abend vorstelle. Mit Beginn des Oeltrinkens schluckte der Patient wieder und konnte sogar gut gekaute feste Speisen wieder hinunterbringen. Er fühlte sich besser, frischer, nahm wieder an Gewicht zu und nährte sich nebenbei durch eine Sonde. Später habe ich ihm dann das Oel gemischt gegeben, mit Wismuth zusammen, weil der Tumor anfing, zu ulceriren. Patient hat im Ganzen dreimal stärkere Gewebsfetzen erbrochen, von denen der eine von Dr. S c h w y z e r untersucht worden ist, der mit grosser Wahrscheinlichkeit die Diagnose Carcinom machte. Der Gewebsfetzen war aussen macerirt. So ging der Zustand erträglich weiter bis vor zwei Tagen. Seit der Zeit giebt er aber an, dass, wenn er Flüssigkeit herunterbringe, ein furchtbarer Reiz zum Husten in der rechten Seite entstehe, ungefähr am Ansatz der 6. Rippe, dass er überhaupt nichts mehr herunterbringe. Derartige Symptome legen die Vermuthung nahe, dass das Carcinom in die Bronchien perforirt sei oder zu perforiren beginne. Ich führte die Sonde ein bis an den Tumor (jetzt 31 cm Abstand), deckte Mund und Nase durch ein Tuch und konnte nun durch Hustenlassen ein vor das Sondenende gehaltenes Licht ausblasen lassen. Es wird dabei eine Luftstrom erzeugt, der viel stärker ist, als er durch die einfache Compression der Ulcerationshöhle durch den Hustenstoss erzeugt werden kann.

(Demonstration des Patienten.)

D i s c u s s i o n. Dr. W. F r e u d e n t h a l: Ich möchte fragen, worin die Oelkur bestand.

Dr. C a r l D a u b e r: Die Oelkur besteht darin, dass man den Patienten einmal am Morgen Oel in grösserer Quantität trinken lässt, und zwar vom besten Olivenöl. Aus der B o a s schen Klinik wird in einer Arbeit berichtet, dass auch Stenose des Pylorus und Superacidität ausserordentlich günstig beeinflusst wird. Ich habe jedoch in solchen Fällen bisher den Erfolg vermisst, vielmehr entstand meist Uebelheit und machte

die Fortsetzung des Oeltrinkens unmöglich. Um diese Uebelkeit zu verhindern, ist es jedenfalls gut, wenn man das Oel so giebt, dass man es mit einem abgebogenen Röhrchen, das weit in den Mund genommen wird, trinken lässt. Bei organische Oesophagustrictur wirkt es Wunder. Es ist merkwürdig, dass der Mann, der gar nicht mehr schlucken konnte, nach fünf Tagen anfing zu schlucken und wieder feste Speisen ass. Das helfende Moment ist jedenfalls ein rein mechanisches, ein Schlüpfrigmachen der Strictur und dadurch ermöglichte Passage der Speisen. Jedenfalls ist auch durch Deckung der Wundflächen mit Oel die directe Berührung derselben durch die hinuntergehenden Speisen nicht so intensiv und der sonst ausgelöste Krampf bleibt aus. In Bezug auf die Verabreichung habe ich noch zu erwähnen, dass ich später dreimal des Tages vor dem Essen ein halbes Glas Oel mit Bismuth gegeben habe. Ich habe sehr viel Bismuth verwendet, um die Zersetzung des Tumors hintanzuhalten.

Dr. Carl Beck: Fall von Aorten-Aneurysma.

Die innere Medicin steht heute mehr als je im Banne chirurgischer Tendenzen und ist es desshalb nicht verwunderlich, wenn ein interner Fall sozusagen an chirurgischer Küste landet. Der umgekehrte Fall, wie er von diesem 51jährigen Italiener illustirt wird, wo ein chirurgischer Fall sich schliesslich als ein interner entpuppt, dürfte recht viel seltener vorkommen.

Der Patient wurde mir von Herrn Dr. Schuh als Aneurysma der rechten Subclavia Zwecks eventueller Radicaloperation am 26. März dieses Jahres zugesandt. Die Diagnose stützte sich berechtigter Weise auf das Vorhandensein einer über dem rechten Schlüsselbein hervorragenden Geschwulst, wie sie sich noch auf dieser am selben Datum genommenen Photographie deutlich präsentirt, und deren Pulsation, welche sich schon aus der Entfernung deutlich wahrnehmen liess. Beim Auflegen der Hand lässt sich Schwirren und bei der Ausculation ein dumpfes Geräusch feststellen. Patient klagte über ein starkes Druckgefühl in dieser Gegend und bisweilige Athembeschwerden. Das über dem Sternalrand des zweiten rechten Intercostalraumes ebenfalls deutlich wahrnehmbare Bruit, ferner die daselbst sich ergebende Dämpfung deuteten jedoch darauf hin, dass das Aneurysma sich nicht auf die Subclavia beschränkte, und beschloss ich desshalb, die Ausdehnung desselben durch eine Röntgenaufnahme genauer festzustellen. Wie Sie aus dieser Platte ersehen können, wurde hierdurch die Annahme des Vorhandenseins eines Aorten-Aneurysmas, welches sich clavicularwärts ausdehnte, bestätigt.

Während dieser Experimente, und bevor ich mir darüber schlüssig wurde, ob ich die unsichere periphere Unterbindung, oder die Acu- oder Galvanopunctur, oder die ebenfalls nicht ungefährliche Lancereaux'sche Gelatininjection wählen sollte, gab ich dem Patienten als einstweilige Verordnung Jodkali (10

Tropfen einer saturirten Lösung 3 Mal täglich) und liess die vorgewölbte Parthie mit Jodoformcollodium bepinseln. Zu meinem nicht geringen Erstaunen war schon nach wenigen Tagen eine Verkleinerung des Tumors wahrzunehmen und nach zwei Wochen war er gänzlich verschwunden. Sie bemerken nunmehr nur noch die Dämpfung über dem rechten Sternalrand und das Bruit.

Wäre ich nun nicht in der Lage, Ihnen diese vor der Behandlung genommene Photographie zu zeigen, so würden Sie Sich von dem ursprünglichen Befund gar keine Vorstellung machen können. Die Idee, dass es sich um eine luetische Erkrankung der Tunica intima handelte, welche auf Jodkali dann prompt reagirt hätte, liegt sehr nahe. Es sind aber meinerseits keinerlei beweiskräftige Anhaltspunkte dafür nachgewiesen worden, was allerdings nicht viel sagen will. Die Familiengeschichte ergibt ebenfalls Nichts von besonderem Interesse in dieser Frage. Ein Trauma ist nicht nachzuweisen. Die ersten Symptome zeigten sich vor wenigen Monaten erst. Ich mache Sie auf das bessere Aussehen des Patienten seit dem letzten Bilde aufmerksam. Was die Schattenbilder betrifft, so werden Sie das vor einigen Tagen erhaltene Skiagramm über dem rechten Schlüsselbein völlig schattenfrei finden, während das Ende März angefertigte den Schatten in derselben Stelle noch markirt.

Wir wollen nun annehmen, ich hätte eine der bereits erwähnten eingreifenden Proceduren gewählt und dabei Jodkali verabreichen lassen, so würde man den zweifelsohne eingetretenen Erfolg der resp. chirurgischen Maassnahme zugedacht haben und dem Jodkali wäre eine nur untergeordnete Bedeutung beigemessen worden. Solche Fälle fordern zur Selbstkritik auf und mahnen uns, dass wir in unserer sonst berechtigten Begeisterung für fortschrittliche Therapeutik unsere alten und bewährten Medicamente nicht zu sehr in den Hintergrund drängen lassen sollen.

Dr. K i l i a n i: Fall von tuberculöser Erkrankung des Halswirbels. Operation.

D i s c u s s i o n. Dr. C a r l B e c k: Ich möchte sagen, dass man Herrn Dr. K i l i a n i zu seinem vorzüglichen Resultat aufrichtig gratuliren kann. Mit den Röntgenstrahlen ist die Beurtheilung und Behandlung dieser Krankheiten in ein völlig neues Stadium getreten. In früheren Jahren war es kein Geringes, einen Herd überhaupt zu localisiren. Jetzt ist man, bevor man das Messer ansetzt, schon völlig orientirt. Sei der Schatten auf der Platte noch so klein, so giebt er dem erfahrenen Plattenleser ein annähernd genaues Bild von dem Herd. So kann man dann direct auf denselben lossteuern und dann auch mit absoluter Sicherheit sagen: Ist der e i n e, auf dem Bild ersichtliche Focus, exstirpirt, so braucht man keine weiteren zu befürchten und nicht weiter zu suchen. Früher konnte man das nicht wissen. Man musste oft grosse Strecken aufmeiseln, um sich

überzeugen zu können, dass man wirklich auch sämmtliche tuberculösen Herde entfernt hatte.

Derselbe Fall giebt mir noch Anlass zu einer kurzen Bemerkung. Nach meiner Erfahrung findet man fast niemals in einem Knochenherd Tuberkelbacillen. Sie scheinen abgestorben zu sein und todte Bacillenleiber weist man dann selten nach. Man kann also aus der Abwesenheit der Bacillen niemals auf das Nichtvorhandensein eines tuberculösen Processes schliessen. Darin muss uns eben die klinische Erfahrung helfen. Im Allgemeinen kann man, wenn der Focus nachgewiesen ist, mit ziemlicher Bestimmtheit behaupten: Hier handelt es sich um einen tuberculösen Process. Auszuschliessen wären nur die seltenen rein traumatischen Fälle.

Dr. Alfred Meyer: Was das Absterben der Bacillen betrifft, so möchte ich bemerken, dass häufig im Sputum Bacillen nachgewiesen werden, es sind aber todte Bacillen. Die Thatsache, dass man häufig bei Knochenerkrankung die Bacillen nicht leicht finden kann, möchte ich gern zugeben.

Präsident Dr. H. G. Klotz: Bevor wir weiter gehen, haben wir einige Geschäfte zu erledigen, und ich möchte zunächst Herrn Dr. Heitzmann ersuchen, den Bericht des Unterstützungsfonds zu verlesen.

Dr. Louis Heitzmann verliest den Bericht des Unterstützungsfonds.

Präsident Dr. H. G. Klotz: Wenn nicht widersprochen wird, erkläre ich den Bericht für angenommen. — Ich möchte die Gelegenheit benutzen, die Herren wiederum darauf aufmerksam zu machen, dass Sie unter Ihren Bekannten dahin wirken, dass die Mitglieder sich zu einem wenn auch noch so kleinen regelmässigen Beitrag zu dieser Unterstützungskasse verpflichten. Das war die Absicht, als sie gegründet wurde. Die Kasse kann ganz wohl dadurch erhalten werden.

Ich habe Ihnen nun im Namen des Comités zu berichten, welches Sie beauftragt hatten, Herrn Dr. Jacobi zu seinem 70. Geburtstag zu gratuliren. Es war die Absicht gewesen, dass die Ueberreichung der Festgabe der Gesellschaft bei dem öffentlichen Essen stattfinden sollte. Das Comité, welches die Veranstaltung der Feier in den Händen hatte, hat aber unsere Gesellschaft absolut ignorirt, sodass wir vorzogen, uns nicht der Laune dieser Herren zu unterwerfen. Wir haben uns daher direct mit Herrn Dr. Jacobi in's Vernehmen gesetzt und ihm das Album mit einer kurzen Ansprache des Präsidenten am Samstag in seiner Wohnung überreicht. Herr Dr. Jacobi hat uns seinen Dank ausgedrückt und schien sich über die Festgabe sehr zu freuen. Die von Herrn Dr. Weber verfasste Adresse ist ziemlich lang; wenn es der Wunsch der Versammlung ist, dass dieselbe jetzt verlesen werden soll, so sehe ich einem Antrag entgegen.

Dr. L. Weber: Ich möchte der vorgerückten Zeit wegen die Widmung nicht vorlesen. Ich will nur sagen, in Bezug auf

die Unterschrift der Collegen, dass bei Weitem nicht so viel Namen eingeschrieben worden sind, als das Comité erwartet hatte, im Ganzen nur zwischen 130 und 140 Namen. Ich möchte daher die Herren bitten, die noch weiter unterzeichnen möchten, dies an irgend einem Nachmittag im Haus des Herrn Dr. Jacobi zu thun. Dann möchte ich mir noch erlauben mitzutheilen, dass das Album, welches in der That ein Kunstwerk ist und in seiner Anfertigung viele Wochen Zeit erforderte, mehr kostet, als wir erwarteten. Ich möchte dies nur mittheilen, damit kein Missverständniss entsteht.

Präsident Dr. H. G. Klotz: Unser correspondirender Secretär hat Herrn Dr. Jacobi von seiner Ernennung zum Ehrenmitglied Mittheilung gemacht, und Herr Dr. Jacobi hat die Mittheilung schriftlich beantwortet. Ich möchte Herrn Dr. Rose ersuchen, die betreffenden Briefe vorzulesen.

Secretär Dr. A. Rose verliest die beiden Briefe.

Dr. Emil Mayer: Ein durch Friedländer's Bacillus verursachter Fall von Angina. (Liest.)

Dr. R. Denig: Bericht über einen Fall von Zusammentreffen von Pneumococcenconjunctivitis mit Pneumococcenangina. (Liest.)

Discussion über den Fall von Dr. Mayer:

Dr. W. Freudenthal: Der Fall des Herrn Dr. Mayer interessirt mich ausserordentlich, und ich bin Herrn Dr. Mayer zu grossem Dank verpflichtet, dass er die Patientin früher mir zuschickte, sodass ich sie genau untersuchen konnte. Ich muss sagen, dass das Bild mich ausserordentlich an die Erscheinungform der Rhinitis fibrinosa erinnert. Diese fibrinösen Membranen, die sich abschälen liessen und wiederkamen, verhielten sich allen therapeutischen Maassnahmen gegenüber ganz ähnlich, wie dies bei Rhinitis fibrinosa der Fall ist. Ich kann mir daher gar nicht denken, dass wir es hier eventuell mit Simulation zu thun haben sollten. Dieses ganze Bild der Krankheit war ein äusserst typisches. Ich hatte es vorher noch nie gesehen.

Dr. Ernst Danziger: Waren irgend welche Lymphdrüsen vergrössert?

Dr. Emil Mayer: Nein.

Dr. S. J. Meltzer: Ich möchte nur fragen, ob Dr. Lartigou ausser von der Membran auch Culturen von andern Stellen des Mundes, der Nase und des Rachens gemacht hat, und zwar sowohl zur Zeit der Membranbildung und auch zur Zeit, wo keine da war. Wenn die Bacillen nur in der Membran vorhanden waren und die alleinige Ursache der Membranbildung wären, so müsste man doch fragen, was eigentlich nach dem völligen Verschwinden der Membran nach einiger Zeit die Neubildung derselben veranlasst. Der Herd dafür muss doch irgendwo liegen. Ich möchte daran erinnern, dass der Friedländer'sche Bacillus schon öfters bei Ozeana gefunden worden ist.

Dr. Emil Mayer: Ich kann nur erwidern, dass, soweit

ich weiss, Dr. Lartigou nur eine Untersuchung der Membrane gemacht hat.

Vortrag. Dr. Karl Dauber: Ueber spastische Contraction der Cardia und ihre Folgeerscheinungen. (Liest.)

Präsident Dr. H. G. Klotz: Die vorgeschrittene Zeit gestattet leider nicht, heute in eine Discussion des Vortrags einzutreten.

Schluss und Vertagung.

Dr. John A. Beuermann,
Protocollirender Secretär.

Therapeutische und klinische Notizen.

— Gegen *Heufieber* bedient sich Dr. H. G. Krause (Newark) seit zwei Jahren mit dem besten Erfolge der Trichloressigsäure. Besserung und Heilung erfolgt in 3—8 Tagen.

Rp. Acid. trichloracet. 1.5
Aq. dest. 150.0
MDS. 2—3 mal täglich in die Nasenhöhle aufschnupfen, einlaufen oder einstauben lassen.

— In einer sehr interessanten Arbeit, betitelt „The Diseases of the Blood in their Relation to Surgery and their Treatment" (New York Medical Journal, June 2, 1900) theilt van Schaick mit, dass er seit einer Reihe von Jahren in allen chirurgischen Fällen seiner Praxis, bei denen sich consecutive Anämie zeigte, Gude's *Pepto-Mangan* zur Anwendung brachte und zwar mit ganz vorzüglichem Erfolge. In den meisten der auf diese Weise behandelten Fälle wurde eine Blutuntersuchung vorgenommen, und die Resultate dieser Untersuchungen stimmten überein mit den günstigsten Ergebnissen, die schon früher v. Ramdohr mit dem Mittel erhalten und publicirt hatte (New York Medical Journal, June 26, 1897). Van Schaick fand, dass im Durchschnitt die drei ersten Wochen der Behandlung mit Gude's Pepto-Mangan eine tägliche Vermehrung der rothen Blutkörperchen um 40,000 verursachten, welche Zahl dann wieder im Verhältniss zur Aufbesserung des Blutes allmählich abnahm. So weit er sich erinnern kann, hat ihn das Mittel nur in einem einzigen Falle, der eine sehr nervöse und launische Patientin betraf, im Stich gelassen. Seine eignen Beobachtungen, sowie die von v. Ramdohr und Lanphear veröffentlichten Resultate zeigen, dass wir in dem Gude'schen Pepto-Mangan ein Mittel besitzen, von dem wir mit fast mathematischer Sicherheit günstige Erfolge erwarten können. Irgend welche unangenehme und unerwünschte Nebenwirkungen sind dabei vollkommen ausgeschlossen.

— Ueber *Citrophen* liegt eine Reihe neuerer Arbeiten vor, welche die von P i n g g é r a 1896 in seiner Inaugural-Dissertation aufgestellten Sätze: 1. dass Citrophen, wenn auch nicht specifische Wirksamkeit bei Rheumatismen entfaltet, so doch in manchen Fällen sehr gute Dienste leistet; 2. dass es selbst auf das erkrankte Herz nicht schädigend wirkt; 3. dass es keine unangenehmen Nebenerscheinungen hervorruft, wie Kopfschmerzen, Ohrensausen, Erbrechen oder anhaltende Appetitlosigkeit, wie dies häufig bei Salicyltherapie vorkommt, dass es vielmehr appetitanregend wirkt; 4. das Citrophen erzielte mit wenigen Ausnahmen gute antipyretische Dienste, mitunter war dasselbe im Stande, bei fiebernden Phhistikern, Fieberlosigkeit auf längere Zeit zu erwirken. Unangenehme Nebenwirkungen, wie Erbrechen, Nephritis etc. waren nicht zu beobachten — nicht nur bestätigen, sondern auch über günstige Versuchsergebnisse nach anderen Richtungen hin referiren. Es wird als schätzbares Substitutionsmittel für Migränin, Phenacetin, Antipyrin etc. empfohlen. T i t t e l, an F r ü h w a l d's Abtheilung, will von dem Mittel eine bemerkenswerthe Herabsetzung sowohl der Zahl als auch der Heftigkeit der Keuchhusten-Anfälle gesehen haben. Dosis: Für Erwachsene 3×0.5 — 1.0. Für Kinder 3×0.2 — 0.3 p. die. (Allgem. Wiener Med. Zeitung, 1900 No. 35.)

— Ueber *Urotropin* und dessen therapeutischen Nutzen sind in neuerer Zeit wieder verschiedene Arbeiten veröffentlicht worden. So hat S. E h r m a n n das Präparat mit sehr zufriedenstellenden Resultaten angewandt. In 9 Fällen von periurethralem Abscess und blennorhoischer Cystitis, in denen der Urin alkalisch und ammoniakalisch war und Gonococcen enthielt, und wo die Eröffnung des Abscesses und gründliche Ausspülungen der Blase doch keine Heilung erzielt hatten, wurde mit Urotropin in Dosen von 0.5 g dreimal täglich das gewünschte Resultat nach drei Wochen herbeigeführt. Fünf Fälle von Bacteriurie nach chronischer Blennorhoe wurden dauernd geheilt. Bei chronischer Urethritis posterior mit wolkigem Urin, welche so lange tiefen Injectionen und Irrigationen der hinteren Harnröhre und Blase widersteht, wirkte Urotropin ausgezeichnet, indem es den Urin schon am dritten oder vierten Tage der Verordnung klärte. Seine Wirkung schien besonders werthvoll bei der Urethritis posterior zu sein, da nach Abheilen dieser jede noch bestehende Entzündung der vorderen Harnröhre leicht mit den gewöhnlichen Einspritzungen beseitigt werden konnte. E h r m a n n's Beobachtungen gründen sich auf 32 Fälle. Das Urotropin wirkt auch gut bei tuberculöser und typhöser Cystitis. Bei der Cystitis in Folge vergrösserter Prostata setzt es die Nothwendigkeit der Blasenspülungen herab. In einem Falle, in welchem diese beständig vorgenommen werden mussten, konnten sie nach Urotropin 2—3 Monate ausgesetzt werden. E. glaubt auf Grund seiner Beobachtungen, dass das Urotropin eines der wenigen neueren Mittel sei, welches sich einen dauernden Platz im Arznei-

schatze bewahren wird. (British Med. Journ., 2. Sept., 1899, ref. in Monatsh. für Prakt. Dermatologie, Bd. XXXI, No. 4.)

In seiner Arbeit „Ueber den therapeutischen Werth des Urotropins" (Wiener med. Blätter, 1900, No. 28, ref. in Wiener klin. Rundschau, 1900, No. 31) bezeichnet Emil Suppan das Urotropin als ein ausgezeichnetes Unterstützungsmittel der Blasenausspülungen bei cystischen Processen, als ganz besonders werthvoll und geradezu unentbehrlich bei Hypertrophie der Prostata mit geringerem oder höherem Grade von chronischer Harnverhaltung mit Cystitis und Pyelitis, wobei das Medicament deutlich bessernd auf die schweren Symptome einwirkt. Bei Phosphaturie sah Verf. rasche und andauernde Erfolge auf Gebrauch von 1 bis 2 g Urotropin. In allen Fällen von Urosepsis alter Männer und in jedem Falle von Harnfieber im Gefolge von Cystitis soll Urotropin sogleich und längere Zeit hindurch verabreicht werden.

Auf Grund seiner „Vergleichende Untersuchungen über Urotropin, Piperazin, Lysidin, Uricedin und Natron biarbonicum bei der harnsauren Diathese" (Zeitschrift für klinische Medicin, 1900, 40. Band, 3. und 4. Heft, Seite 337), kommt W. Orlowski zu folgenden Schlüssen:

1. Sowohl in den Wasserlösungen, als auch im Harne gelöst hat Urotropin bei 37.5° C. nur eine sehr geringe harnsäurelösende Wirkung.

2. Nach seinem Passiren durch den Körper theilt Urotropin dem Harne eine grosse harnsäurelösende Eigenschaft mit.

3. Die Ausscheidbarkeit der Harnsäure im Harne fällt durch Urotropin nicht nur auf Null, sondern es löst sich sogar die Harnsäure aus dem Filter.

4. Diese beiden Eigenschaften des Urotropins beruhen auf seiner Zersetzung im Organismus und Abspaltung des Formaldehyds, der mit der Harnsäure ausserordentlich leicht lösliche Verbindungen (die leicht bei verschiedenen Manipulationen sich zersetzen) bildet.

5. Die grösste harnsäurelösende Eigenschaft hat in den Wasserlösungen bei 37.5° C. Lysidin, nach ihm Piperazin, Natr. bicarb., Urotropin und Uricedin.

6. Lysidin, Piperazin, Uricedin und Natr. bicarb., im Harne gelöst, sind von keinem Einfluss auf seine harnsäurelösende Eigenschaft.

7. Ebenso vergrössern sie nicht nach ihrem Passiren durch den Körper die harnsäurelösende Kraft des Harnes und vermindern nicht die Harnsäureausscheidbarkeit.

8. Piperazin stört die Entstehung im Körper der Tauben und löst die schon bisher erzeugten Harnsäureablagerungen, aber es ist unwirksam in dieser Beziehung in den Harnwegen.

9. Alle anderen Mittel zeigeten sich in dieser Hinsicht vollkommen wirkungslos.

— Dombrowsky hat bei den verschiedensten Affectionen der Athmungswege bei Erwachsenen mit *Heroin* in Gaben von 0.006—0.01 drei- bis viermal täglich sehr befriedigende Erfolge erzielt. Am Günstigsten zeigte sich der Einfluss bei Tracheitis, wo, durch Verlangsamung der Respirationsbewegungen, die anfängliche Zahl der Athemzüge von 56 auf 38 fiel und dadurch gleichzeitig die stechenden Schmerzen gelindert wurden. Auch führte Heroin in einigen Fällen von Husten Besserung herbei, wo Morphin im Stiche liess. D. möchte im Allgemeinen auf Grund seiner Erfahrungen dem Heroin den Vorzug geben. (Moderne russische Therapie, December 1899, ref. in Wiener klin. Rundschau, 1900 No. 31.)

— Eine *neue Behandlung des Haarausfalls* beschreibt Scheffer, französischer Militärarzt, in No. 40 der „Médicine moderne." Das Hauptmittel ist Pilocarpin, welches nach der üblichen antiseptischen Reinigung um die haarlose Stelle herum subcutan injicirt wird. Die Injectionsspritze wird zuerst zu einem Viertel mit Sublimatlösung (1:1000, ungefärbt), dann mit ebenso viel Pilocarpin (1:200.0) und dann wieder mit Sublimatlösung gefüllt, so dass eine innige Mischung beider Substanzen eintritt. Die Injectionen sollen höchstens ½—1 mm. in die Tiefe parallel der Oberfläche des Haares gemacht, die einzelnen Einstiche ca. 1 cm. von einander entfernt sein, die ganze Cur, welche auf einem ca. fünfmarkstückgrossen Fleck etwa 12—14 Einstiche erfordert, alle 4—5 Tage wiederholt werden. Nach 2—4 Sitzungen, meist nach 14 Tagen, beginnt schon der Haarwuchs und zwar von der Peripherie gegen das Centrum der kahlen Stelle zu; je nach der Ausdehnung derselben, dem Alter und Sitz — die Stellen an den Schläfen- und Hinterhauptsgegenden sind am schwersten zu heilen — des Leidens und dem Alter des Patienten kann die Heilung auch längere Zeit in Anspruch nehmen. Sch. hatte jedoch bei 60 mit diesem Verfahren behandelten Fällen keinen einzigen Misserfolg; dasselbe ist zudem völlig unschädlich, verhindert jedenfalls das Auftreten neuer kahler Stellen und hat in Fällen, wo alle übrigen Methoden versagt haben, zum Ziele geführt. (Münchener Med. Wochenschr. 1900, No. 25.)

— *Mittel gegen aufgesprungene Hände.* Ein sicheres Mittel gegen das Aufspringen der Hände besteht darin, dass man dieselben mit peinlicher Sorgfalt trocken hält und hin und wieder mit einer wasserfreien Fettmasse (nicht Cold cream) ein wenig einfettet. Am besten eignet sich hiezu Ung. cereum oder Ol. olivarum. Wenn die Hände aber ein Mal rissig geworden sind, genügt eines der nachstehenden Mittel zur Heilung: I. Menthol. 1.0, Salol. 2.0, Ol. olivar. 10.0, Lanolin. 30.0. — II. Handschminke zur Erzielung weisser und geschmeidiger Haut an den Händen: Zinc. oxydat. 5.0, Bismuth. oxychlor. 2.0, werden mit fettem Oel 12.0 feinst zerrieben, dann Glycerin 5.0 und Lanolin 30.0 zugesetzt, mit Aq. rosarum 10.0 parfümirt. — III. Lanolin-

puder: Man löst Lanolin in Aether, mischt diese Lösung mit Magnesia carbonica zu einer steifen Masse, trocknet und verreibt mit Talcum und amylum. (Centralbl. f. ges. Ther., Mai 1900, ref. in Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte, 1900, pg. 392.)

— *Creosotal bei Keuchhusten.* Von Dr. N. Politzer. Der Verfasser weist auf die schwierige Lage hin, in die besonders der Landarzt gegenüber den Ankündigungen zahlloser so gut wie ungeprüfter Arzneistoffe kommt. Von allen neueren Arzneistoffen erscheint ihm das Creosotal als weitaus das werthvollste. An eine wirklich specifische Wirkung des Creosotals bei Tuberculose glaubt er zwar nicht, dagegen ist die Wirkung bei Pneumonie unzweifelhaft und von grösstem Einfluss auf den günstigen Verlauf und die Dauer der Pneumonie.

Verfasser versuchte das Creosotal auch bei Keuchhusten: Fünfjähriger, kräftiger bisher gesunder Knabe, seit einem Jahre an Keuchhusten leidend und mit den verschiedensten Mitteln behandelt. Puls 100, Temperatur 38,9; Gesicht etwas aufgedunsen, Lider geschwollen. In der Lunge auf beiden Seiten trockene, bronchitische Geräusche. Die Mutter erzählt, dass das Kind besonders in der Nacht Hustenparoxysmen bekommt, wobei ihm das Gesicht ganz dunkelroth wird. Die Anzahl der Anfälle ist 5—6 im Tage. Kal. und Ammon. bromat. waren ohne Erfolg, im Gegentheil, sagte die Mutter, es sei dem Knaben schlechter, er bekomme Erstickungsanfälle. Der Lungenbefund unverändert. Auf ein Infusum Ipecacuanhae wurde dem Kinde etwas leichter. Darauf Creosotal, 3 mal täglich 3 Tropfen in Milch. Nach einigen Tagen war der Lungenbefund normal; die Hustenanfälle blieben aus; die Krankheit — die Worte der Mutter — hörte mit dem Einnehmen des Mittels auf einmal auf. Verfasser veröffentlichte diesen Fall, damit die Collegen das Mittel weiter versuchen und ihre Meinung äussern möchten. Jedenfalls ist die angewandte Dosis ausserordentlich niedrig, so dass sie wahrscheinlich oft bedeutend erhöht werden muss. Selbstverständlich muss diese Erhöhung am Anfang eintreten bei älteren Kranken. Bei 10jährigen Kindern wird man mit 3—5 Tropfen täglich beginnen und die Dosis täglich um 2 Tropfen erhöhen. (Liecnicki viestnik — kroatische Aerztezeitung — 1900 No. 7.)

Kleine Mittheilungen.

— *The Journal of Surgical Technology* ist der Titel einer neuen Zeitschrift, die hier in New York vom 1. Juli ab monatlich von der Technique Publishing Company, 404 East 14th Street, herausgegeben wird. Subscriptionspreis $1.00 pro Jahr. Der Name des Redacteurs ist in dem Journal nicht angegeben.

— Vom 25. mit 27. September ds. Jhrs. findet die 10. *Jahres-*

versammlung der American Electro-Therapeutic Association in der Academy of Medicine in New York statt. Eine Reihe sehr interessanter und wichtiger Gegenstände steht auf der Tagesordnung, ebenso sind zahlreiche Vorträge, die dieses Gebiet betreffen, bereits angemeldet, so dass man von dieser Zusammenkunft ganz besondere Leistungen erwarten darf.

— Die kaiserlich deutsche Marine ertheilte am 9. Juli ds. Jhrs. der Schering'schen Fabrik in Berlin einen grösseren Auftrag zur Lieferung von *Formalin-Desinfectoren* zur Ausrüstung der nach China bestimmten Expedition. Ende Juli wurde auch von der russischen Militärbehörde eine grosse Lieferung von Formalin-Desinfectoren, sowie von Ammoniak-Entwicklern und Formalinpastillen bestellt. Diese Behörde hatte bisher Apparate, in welchen flüssiges Formalin zur Verwendung gelangt, benutzt, doch ist sie hiervon abgekommen und gebraucht nun die Schering'sche Pastillenmethode wegen ihrer unbestreitbaren Vorzüge. Ferner erhielt die Schering'sche Fabrik einen Auftrag für Formalin-Desinfectoren und Pastillen von dem Curverein in Davos-Platz, nachdem die Desinfection aller von Tuberculösen bewohnten Räume für genannten Curort durch Landschaftsgesetze vom 13. Mai 1900 angeordnet wurde.

— *Beschuldigungen gegen die medicinische Klinik in Jena.* Die „Münchener Med. Wochenschr." schreibt (1900, No. 25): In jüngster Zeit machte durch die Tagespresse ein Artikel die Runde, der vom Berliner „Vorwärts" ausgehend, in verschiedenen Variationen eine aus der medicinischen Klinik in Jena stammende Arbeit heftig kritisirt und dem Verfasser der Arbeit zum Vorwurf macht, er habe einen Kranken im Interesse wissenschaftlicher, mit der Heilung nicht zusammenhängender Versuche der Freiheit beraubt und einer qualvollen und gefährlichen Behandlung unterzogen. Es handelt sich um die Arbeit des ehemaligen Assistenten der Jenenser Klinik, Dr. Strubell: Ueber Diabetes insipidus. (Deutsch. Arch. f. klin. Med., Bd. 62, H. 1 u. 2.) Wie fast immer in ähnlichen Fällen, handelt es sich bei diesen Angriffen, in denen ein gewisses Behagen, der wissenschaftlichen Medicin Eines anhängen zu können, oft unverkennbar ist, um ganz schiefe Darstellungen, die, aufgebaut auf einzelne aus dem Zusammenhang gerissene Sätze, ein falsches Bild von dem Thatbestand geben. Der Leiter der medicinischen Klinik in Jena, Prof. Stintzing, ist denn auch in der Lage, in einer in der „Jenaischen Zeitung" veröffentlichten Erklärung die Herrn Dr. Strubell und damit indirect seiner Klinik gemachten Vorwürfe in durchaus befriedigender Weise richtig zu stellen. Zwar werden von Prof. Stintzing die übertriebene drastische Art, in der der Autor die Abstinenzerscheinungen während der Stunden der Wasserentziehung schildert, wie auch manche Einzelheiten in der Ausführung des Versuches, die ihm erst nachträglich bekannt wurden, ausdrücklich missbilligt, dagegen übernimmt er in der Hauptsache für die Behandlung des Kranken

die volle Verantwortung. Bezüglich der springenden Punkte des Falles geht aus der Erklärung Folgendes hervor: 1. Der Versuch wurde zur Heilung des Kranken unternommen, nicht zum Zweck wissenschaftlicher Untersuchungen. 2. Der Kranke war vorher auf die seiner wartenden unangenehmen Entziehungserscheinungen aufmerksam gemacht worden; trotzdem unterwarf er sich freiwillig der Cur. 3. Der Kranke war jeder Zeit in der Lage, den Versuch abzubrechen und die Anstalt zu verlassen; trotzdem verblieb er zwei Monate freiwillig in derselben, von einer Freiheitsberaubung ist somit keine Rede. 4. Der Kranke selbst war mit der Behandlung, die er in der Klinik gefunden hatte, ganz zufrieden; er kehrte später noch einmal zu erneuter Behandlung zurück und gedachte, wie seine Frau versichert, bis zu seinem im vorigen Jahre erfolgten Tode (der beanstandete Curversuch fand schon vor 3 Jahren statt) seines Aufenthalts in der Klinik stets freundlich und dankbar.

Hiernach muss der Versuch, eine deutsche Klinik inhumaner Behandlung der ihr anvertrauten Kranken zu beschuldigen, als gänzlich missglückt bezeichnet werden. Wir hoffen nur, dass die loyale Tagespresse, die den Angriffen auf die Jenense Klinik Raum gab, nun auch von der Erklärung Prof. Stintzing's gebührend Notiz nehmen wird.

So weit die „Münchener Med. Wochenschrift. So „durchaus befriedigend" erscheint uns gerade die Erklärung Dr. Stintzing's nicht, wenn wir auch zugestehen, dass die Angelegenheit von mancher Seite und zwar nicht ohne Absicht übertrieben und entstellt worden war.

— Gestorben. In Paris ist vor nicht zu langer Zeit Dr. G. Apostoli, der bekannte gynäcologische Electrotherapeut gestorben. Apostoli war im Jahre 1847 in Saint-Michel-de-Lanes als Sohn eines Arztes geboren und widmete sich nach vollendeten Studien der Oculistik. Durch acht Jahre verweilte er als Militärarzt in Algier; sodann nach Versailles versetzt, beschäftigte er sich auch dort mit Ophthalmologie. In dieser Zeit ward er mit Trippier, dem Vater der gynäcologischen Electrotherapie, bekannt, arbeitete mit ihm gemeinschaftlich und fasste in Folge dessen den Entschluss, sich von der Oculistik loszusagen und seine eigenen Ideen auf dem Gebiete der gynäcologischen Electrotherapie in der Praxis in Anwendung zu bringen. Er demissionirte als Militärarzt und übersiedelte nach Paris. Apostoli vertheidigte seine Anschauungen über seine therapeutischen Methoden in einer sehr grossen Anzahl von Publicationen, die bis zum Jahre 1885 zurückreichen, mit ebensoviel Eifer als Geschick. Er war der Begründer der Société d'Electrotherapie und deren Vice-Präsident im Jahre 1899. (Allgem. Wiener med. Ztg., 1900, No. 21.)

— Alfons Rothschild-Paris hat testamentarisch 10 Mil-

lionen Francs zur Errichtung eines *Spitals für Augenkranke* bestimmt.

— *Verzogen:* Dr. Pius Renn nach 176 Ost 95. Strasse, Dr. Charles B. Graf nach 345 Ost 50. Strasse und Dr. John Horn nach 221 Ost 17. Strasse.

Alle Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen, Manuscripte und Anfragen bezüglich des Inhalts sind zu richten an: Dr. A. Ripperger, 126 East 122d Street, New York City.

Schieffelin's Medicated Soaps

are made from pure, neutral, white soap, and contain no sugar, starch, silicate or filling material, and no coloring or pigment is added.

We guarantee that the percentage of medicament has been added as per label, and that the soap is thoroughly mixed. A descriptive pamphlet mailed to applicants.

Schieffelin & Co., New York.

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago und Cleveland.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XII. New York, October 1900. No. 10.

ORIGINALARBEITEN.

Allgemeines über den Kropf und seine Behandlung.

Von Dr. Carl Beck, New York.

Unter der autochthonen Einwohnerschaft der Stadt New York bildet der Kropf eine so überaus seltene Erkrankung, dass wenn das Interesse unserer chirurgischen Kliniken nicht durch die Einwanderung strumöser Patienten wach gehalten würde, die meisten hiesigen Collegen sich kaum eine Vorstellung von der Bedeutung dieser merkwürdigen Missbildung machen könnten.

An der Meeresküste gänzlich, und im Flachlande beinahe unbekannt, nimmt die Kropfkrankheit in den tiefen Thälern mancher Hochgebirge wie der Alpen, Anden und des Himalaya und dem Ueberschwemmunggebiet der Flüsse daselbst einen endemischen Character an. Dort ist sie auch häufig mit Cretinismus vergesellschaftet.

In geringerem Maasse ist die Kropfkrankheit in den Pyrenäen und Karpathen anzutreffen. In Deutschland kennt man sie in Thüringen, dem Harz, Erz- und Riesengebirge; das grösste Contingent jedoch stellt der Odenwald. Wer das Glück hatte, in Heidelberg zu studiren, erinnert sich sicherlich der Prachtexemplare, welche das Milieu Wotans producirte. Dort wird sogar die Behauptung aufgestellt, dass Neckaraufwärts ein stilles Dörfchen liege, in welchem vom Gemeindehaupt bis zum jüngsten Tagelöhner jeder Hals mit einem mehr oder minder deutlichen Kennzeichen versehen sei, so dass ein Besucher, welcher sich normaler Halsfigurationen erfreute, daselbst Aufsehen erregen soll.

Der Kropf (bei den Griechen als βρογχοκήλη bekannt) bildete schon in grauer Vorzeit Gegenstand gelehrter Discussionen. Wie aus Juvenalis (Quis tumidum guttur miratur in Alpibus? aut quis in Meroë crasso majorem infante mamellam?) ersichtlich ist, hatten die Römer sogar die geographische Bedeutung des Kropfes schon erkannt, und zwei verschiedene Metho-

Weiblicher Cretin mit Struma und Balggeschwulst.

den seiner Operationstechnik lassen sich bis auf Celsus zurückführen.

Im Gegensatz zu dieser erstaunlichen, schon vor Jahrtausenden entwickelten Kenntniss der Bedeutung und Therapie des Kropfes steht unsere sich nahezu gleich gebliebene Ignoranz über die Physiologie der Kropfdrüse. Selbst bezüglich der Aetiologie der Kropfkrankheit begegnen wir heute wie damals noch verschiedenen Theorien.

Dass die Heredität eine beachtenswerthe Rolle spielt, kann wohl als zugestanden vorausgesetzt werden, ebenso wie alle äusserliche Ursachen die einen Congestionszustand der Halsgegend zur Folge haben. Dazu gehört das beständige Vornüberhalten des Kopfes bei angestrengter Arbeit, das Blasen von Instrumenten und die Belastung des Kopfes (Tragkorb auf dem Kopf), besonders beim Bergsteigen. Als eine Art physiologischer Intumescenz kann man die Grössenzunahme der Schilddrüse bei der Menstruation und Gravidität ansehen.

Die unleugbare Thatsache, dass viele kropffreie Familien, welche in eine kropfbelastete Gegend einwanderten, alsbald Schwellungen der Schilddrüse aufwiesen, zeigt jedoch, dass die Entstehung des Kropfes in erster Linie an gewisse locale Momente gebunden sein muss und dass den obengenannten Factoren nur eine prädisponirende Bedeutung zukommt.

Die früher gehegte Meinung, dass dieselben in einem zu geringen oder zu hohen Sauerstoffgehalt der Luft zu finden seien, ist wohl so ziemlich verlassen und dürfte die von jeher im Volke allgemein wurzelnde Ueberzeugung, dass man sie im Trinkwasser suchen müsse, der Wahrheit am Nächsten kommen.

Eine sehr beredte Stütze findet diese Theorie darin, dass wo immer eine Regulirung der Trinkwasserverhältnisse stattfand, eine Reaction unter der kropftragenden Bevölkerung eintrat. So schwand zum Beispiel in einem Odenwaldstädtchen Kropf und Cretinismus in auffallender Weise nachdem eine moderne Wasserleitung von einem hochliegenden Gebirgsstock angelegt worden war, in auffallendster Weise.

Die Entwickelung der Bacteriologie lässt es natürlich erscheinen, dass sie auch die Aetiologie der Struma in ihren Bereich zog. Schon L u e c k e hatte in vorbacteriologischer Zeit die Ursache des Kropfes in einem Miasma gesucht, welches ähnlich wie ein Malaria erzeugendes Sumpfmiasma wirke. Es ist zwar bis jetzt nicht gelungen, eine bestimmte Bacterienspecies zu ermitteln, welche der Struma eigenthümlich wäre, die klinischen Anzeichen sind aber so überwältigend, dass man an deren Vorhandensein kaum mehr zweifeln kann. Allerdings kann dieselbe nur unter besonderen Verhältnissen zur Entwickelung gelangen. Dass die maritime Ablagerung des palaeozoischen Zeitalters, der Triasperiode und der Tertiärzeit das Bindemittel repräsentirt, dürfte in Rücksicht auf die Bodenbeschaffenheit der Kropfgegenden wohl als in hohem Grade wahrscheinlich gelten.

Wir dürfen also annehmen, dass dieses vorläufig unwägbare Kropfagens unter ganz bestimmten tellurischen Verhältnissen gedeiht, und dass es, wie es bei Microorganismen der Fall ist, einer besonderen Disposition der Individuen zur Wucherung im menschlichen Gewebe bedarf.

Als eine Hauptstütze dieser Annahme möchte ich die meines Wissens in der Literatur nicht beachtete Thatsache herbeiziehen, dass in endemischen Gegenden fast nur die ärmeren Klassen betroffen werden. Liesse man die Frage der Disposition ausser Acht, so könnte man aus diesem Umstand einen Beweis gegen die Keimtheorie erblicken. Dann könnte man sagen, dass wenn das Wasser wirklich der Träger der Kropfkrankheit ist, so müssten Arm und Reich, welche doch am gleichen Ort dasselbe Wasser trinken, in gleicher Weise strumös inficirt werden, gerade wie es beim Typhus z. B. geschieht. Dagegen lässt sich aber wieder einwenden, dass es eine Eigenthümlichkeit des kropferzeugenden Agens sein muss, im schlecht genährten Organismus des Armen (Kartoffelernährung, schwere Arbeit, unhygienischen Wohnungsverhältnisse etc.) einen günstigeren Nährboden zu finden, als bei dem Wohlhabenden, während der Typhusbacillus sich mit Vorliebe bei gut genährten und kräftigen Individuen entwickelt.

Histogenetisch stellt der Kropf eine entweder gleichmässige oder partielle Hypertrophie des Drüsengewebes dar. Der Follikelinhalt nimmt zu und die Gefässe erweitern und vermehren sich. Selten tritt eine Vermehrung des Bindegewebes hinzu.

Die circumscripte Form der Neubildung der Drüsenbestandtheile kann drüsig-adenoid, colloid, vasculär und adenomatös sein, bei den letzteren können wir parenchymatöse (adenoide, colloide Unterformen), fibröse (Kalk) und vasculäre unterscheiden.

Die Symptome der Kropfkrankheit sind ziemlich mannigfaltig. Während in vielen Fällen die einzige Störung in der Veränderung des kosmetischen Gleichgewichts besteht, zeigen sich in anderen Fällen die gefährlichsten Respirationshemmungen. Dieselben können entweder durch Dislocirung des Kehlkopfes oder der Luftröhre, oder durch die Veränderung der Wand der Luftröhre oder durch Verengerung des Kalibers derselben erzeugt werden. Die Halsarterien werden meist vergrössert und die Venen verdickt. Die Nerven, namentlich der Recurrens, weniger der Laryngeus superior, werden comprimirt, resp. dislocirt, oder verwachsen auch mit der Kropfkapsel und können zuletzt entweder atrophiren oder sich verdicken.

Im Allgemeinen ist die Diagnose der Kropfkrankheit leicht. Von differential-diagnostischer Wichtigkeit ist, dass alle Schilddrüsentumoren in Folge des festen Anhaftens der Schilddrüse an die oberen Luftröhrenringe die Excursionen der Luftröhre mitmachen.

Der Gallertkropf zeigt einzelne gröbere, nicht fluctuirende Knoten, der cystische dagegen ist kugelig und durch deutliche Fluctuation ausgezeichnet. Im vorgerückten Stadium des letzteren finden sich auch Kalkherde. Die parenchymatöse Form erkennt man an ihrer gleichmässigen grobkörnigen Structur, die fibröse an den resistenten Gewebsmassen, und die vasculöse an der Pulsation, dem Bruit und der Compressibilität.

Es gibt jedoch eine ganze Anzahl von Fällen, in welchen die Feststellung des Kropftypus weder durch Inspection oder Palpation, noch durch das Laryngoscop möglich ist. Für die Therapie ist jedoch diese Frage, wie wir weiter unten sehen werden, von vorneherein von entscheidender Bedeutung. Für den erfahrenen Beobachter gibt die Einführung der Nadel bezüglich der Dichtigkeit der Gewebe in manchen Fällen Auskunft. Stösst die Nadel auf eine Kalkablagerung, so ist das Gefühl der Knirschung deutlich wahrzunehmen und dementsprechend kann die Diagnose leicht gestellt werden.

In der neueren Zeit schien es mir jedoch viel einfacher, die Frage der Zusammensetzung durch die Röntgenstrahlen zu lösen und ist es mir bei den im Laufe der letzten vier Jahre beobachteten Fälle gelungen, bei den sehr häufigen cystischen und fibrösen Formen die Kalkablagerungen als sehr deutlich markirte Schatten darzustellen. Wo ich dieselben fand, nahm ich von der Injectionstherapie von vorneherein Abstand.

So hatte ich z. B. bei einer 32jährigen Multipara, welche an einer männerfaustgrossen Struma litt, die Diagnose Colloidkropf gestellt und mich demgemäss für die Injectionstherapie entschieden. Beim Einstechen der Nadel hatte ich das Gefühl als ob ich in einen flüssigen Herd gelangte. Als nach fünfmaliger Einspritzung eine kaum nennenswerthe Verkleinerung eingetreten war, nahm ich eine Untersuchung mit Röntgenstrahlen vor. Erst probirte ich kurze Expositionen mit dunkler Knochenschattirung und erzielte keine Contraste, später exponirte ich länger bei stärkerer Durchleuchtung und gelang es mir nun zwei deutlich markirte Kalkherde darzustellen. Dieselben hatten beide eine rundliche Form und befanden sich mehr als einen Zoll tief von der

Hautoberfläche entfernt. Es handelte sich also um einen Cystenkropf mit Kalkbildung, so dass die Injectionsbehandlung aussichtslos erschien. Ich rieth deshalb zur Exstirpation.

Man scheint im Allgemeinen der Ansicht zu sein, dass diese Kalkherde sich blos im vorgerückten Alter finden, ich beobachtete dieselben jedoch wiederholt bei Individuen von 28 bis 36 Jahren, und zwar vorzugsweise bei Frauen unter denen wiederum die, welche mehrere Kinder geboren hatten, prädominirten.

Der Cystenkropf zeigt im Frühstadium weniger deutliche, aber immerhin noch wohl erkennbare rundliche oder elliptische Schatten, später oft diffuse Kalkherde, und sollte ebenfalls keinen Angriffspunkt für die Injectionstherapie bilden. Dagegen eignen sich besonders die folliculären und colloiden Formen für das Einspritzungsverfahren. Es ist geradezu erstaunlich, dass dasselbe angesichts des hohen Procentsatzes von Heilungen sich einer so geringen Popularität rühmen kann. Vielleicht ist dies dadurch zu erklären, dass früher, als L u t o n und L u e c k e die Injectionsmethode zuerst empfahlen, ausschliesslich Jodtinctur hierzu verwandt wurde, dass man sich ferner viel zu wenig von anatomischen Rücksichten bei der Technik leiten liess, und auf aseptische Cautelen gänzlich verzichtete. Ich erinnere mich mehrerer Fälle, welche ich als Novize seiner Zeit mit Jodinjectionen behandelte und die mir in Folge ausgedehnter Eiterungen keinen geringen Schrecken einjagten. Da man den Jodreiz allein für die intensive Reaction verantwortlich hielt, so wurde Ende der siebziger Jahre der Spiritus substituirt und kann ich bezeugen, dass kleine folliculäre Strumen bei dieser Behandlung gänzlich verschwanden.

Es ist natürlich, dass mit dem Aufkommen des Jodoforms allenthalben auch Versuche mit diesem Stoffe bei der Struma gemacht wurden und wurde als Vehikel Glycerin, Oel und Spiritus versucht. Ich hatte Gelegenheit, schon im Jahre 1880 günstige Resultate mit Jodoformäther zu erzielen und habe ich seither wiederholt Patienten demonstrirt, welche durch die Jodoformätherinjection gänzlich geheilt wurden. Dabei bemerke ich, dass mit Ausnahme von intensiver Schmerzempfindung und Schwindel keine üblen Symptome von mir beobachtet wurden. Das letztere Symptom wurde auch nur ganz ausnahmsweise beobachtet.

Der Jodoformäther erzeugt keine Gewebsnecrose wie die Jodtinctur, sondern regt eine intensive fibrinöse Ausscheidung

an, das Parenchym schrumpft und an seine Stelle tritt Bindegewebe.

Die durch die Einspritzung hervorgerufene Reaction macht sich klinisch durch ein sehr ausgeprägtes Schmerzgefühl geltend. Hält man den Finger fest auf die Injectionsstelle, unmittelbar nachdem man die Nadel zurückgezogen hat, so ist der Schmerz bedeutend geringer. Ich erkläre mir dies dadurch, dass der Jodoformäther dann nicht in Contact mit der Stichwunde der Haut kommt, resp. nicht nachträufeln kann, und somit die empfindlichen Hautschichten verschont, während er, im Parenchym aufgesogen, keine empfindlichen Gewebe trifft. Ist die Reaction gering, so kann man schon nach weiteren drei Tagen die Injection wiederholen. Tritt dagegen eine deutlich wahrnehmbare Schwellung ein, so wartet man mit der Wiederholung bis nach Ablauf derselben.

Zuweilen ereignet es sich, dass eine Gewebsnecrose in der äusseren Haut eintritt. In einem solchen Falle ist die Anwendung antiseptischer Fomentationen anzurathen. Sobald die ersten Anzeichen der Exfoliation sich bemerkbar machen, trägt man die necrotischen Hautpartikel ab.

Das Hineinstechen in ein grosses Gefäss ist eine grosse Calamität. Ich habe dieselbe zum Glück nicht erlebt und es scheint mir, dass dieselbe nur unter ganz besonderen Umständen oder bei grober Fahrlässigkeit passiren kann. Im Allgemeinen wird man, wenn man sich nur an die Mitte der Geschwulst, resp. der Geschwulstlappen hält, kaum ein grösseres Gefäss treffen. Man achte auch darauf, dass beim Schlucken die eingestochene Nadel auf und nieder gleitet. Zur Vermeidung von Nebenverletzungen muss auch die Geschwulst während des Einspritzungsactes ganz fest fixirt werden.

Als Instrument dient mir eine einfache Pravaz'sche Spritze, aus welcher ich jedes Mal ungefähr zwanzig Tropfen einer saturirten Lösung von Jodoform in Aether injicire. Die Nadel muss sehr stark sein, ein Mal damit sie nicht abbricht und dann damit sie über ein genügend weites Kaliber verfügt, welches nicht so leicht verstopft werden kann. Dass man sich der grössten Reinlichkeit befleissigen muss, ist eigentlich selbstverständlich. Die Asepsis ist thatsächlich eines der wesentlichen Momente einer reactionslosen Therapie. Eine Injection beansprucht die Dignität einer chirurgischen Operation und muss demgemäss von einer absolut chirurgischen Perspective aus betrachtet werden. Mit

anderen Worten: Einer Injection müssen dieselben aseptischen Cautelen vorausgehen, nämlich Sterilisiren der Spritze, besonders der Nadel, der Hände des Chirurgen und des Operationsfeldes (gründliche Abseifung, Alcoholabreibung und Sublimatabspülung). Das letztere muss ausserdem mit Jodtinctur bepinselt werden in Rücksicht auf die intracutanen Bacterien, welche beim Einstich sehr leicht in das Parenchym weiter verschleppt werden könnten. Das Jod hat eine gewisse Fernwirkung und vernichtet theils die intracutanen Bacterien, theils hemmt sie deren Wiederentwickelung.

Man kann nun die Localbehandlung noch durch die Darreichung von Jodkali oder besser Jodnatrium unterstützen. Bei dem letzteren Mittel pflegt der sogenannte Jodmarasmus bei langdauernder Joddarreichung nicht so leicht und so bald einzutreten.

Der Umstand, dass die normale Schilddrüse Jod enthält, legte es nahe, durch Schilddrüsenfütterung eine Reduction der Strumen herbeizuführen. Die Isolirung des Jodothyrins, als der wirksamen Substanz, vereinfachte die Organtherapie, welche namentlich in der Behandlung der folliculären Form unanfechtbare Erfolge erzielte. (Aehnlich wirkt übrigens auch das Thymusextract.) Ich pflege nunmehr die Darreichung des Jodothyrins mit der Localbehandlung zu combiniren. Sobald frequenter Puls, Tremor, oder gar Respirationsstörungen oder Cyanose eintreten, ist das Jodothyrin auszusetzen.

Wie schon angedeutet, hat die Localbehandlung keinen nennenswerthen Einfluss auf die fibrösen und cystischen Kropfformen. Wo also der Kropf entweder bedeutende Beschwerden verursacht, oder wo nach etwa sechsmaliger Jodoformätherinjection keine Reduction der Geschwulst bemerkbar war, rückt das Messer in seine Rechte. Die Asepsis, sowohl wie das moderne Rüstzeug einer ausgebildeten Technik haben der Exstirpation ihre meisten Schrecken genommen. Die prophylactische Ligatur der grossen Schilddrüsengefässe, das schrittweise Vorgehen und der Auslösungsmodus der Kropfknoten haben die früher so sehr gefürchtete Blutungsgefahr bedeutend herabgesetzt.

Die Narcose ist mit einem grossen Risiko verbunden, weshalb man sich mit der Localanästhesie (S c h l e i c h'sche Infiltration) begnügen soll.

Da nach der Totalexstirpation einer Struma ein eigenthümliches Krankheitsbild, die Cachexia strumipriva, aufzutreten

pflegt, so muss man stets bedacht sein, eine kleine Portion Drüsengewebe zurückzulassen. Man hat diese Cachexie manchmal viele Monate erst nach der Exstirpation beobachtet. Bei jugendlichen Individuen traten sogar Wachsthumsstörungen auf, bei Erwachsenen Schwinden der geistigen Fähigkeiten und auch Oedem der Haut. Manche Patienten wurden gänzlich stumpfsinnig. Aus dem Studium dieses Zustandes können wir entnehmen, dass die Schilddrüse eine wichtige Rolle im Körperhaushalt zu spielen berufen ist. Der stumpfsinnige Zustand, welcher in Verbindung mit Strumenoperationen beobachtet wird, lässt uns die häufige Association der Struma mit Cretinismus ganz besonders begreiflich erscheinen. Diese Erwägungen zeigen uns zugleich den Nutzen der Injectionstherapie, bei der man graduell die Verkleinerung, und niemals die völlige Vernichtung der Schilddrüse anstrebt.

Es dürfte wohl von Interesse sein, zu bemerken, dass ich kürzlich bei einem folliculären Kropf, welcher sich mit Addison'scher Krankheit vergesellschaftet hatte, bedeutende Verkleinerung der Geschwulst nach Jodoforminjection constatiren konnte. Es handelte sich um ein 24jähriges Mädchen, bei welchem Herr College W. Hirsch vor 1½ Jahr die Diagnose auf Grund der dunkelbraunen Hautpigmentirung, der Muskelschwäche, der Asthenie und der epileptiformen Anfälle gestellt hatte. Auf seinen Vorschlag hin hatte ich eine Probelaparotomie vorgenommen, bei welcher sich die linke Nebenniere normal erwies, die rechte Nebenniere dagegen bedeutend vergrössert und auch erweicht erschien. Durch einen Lumbarschnitt entfernte ich die letztere. Sie erwies sich als eine verdickte, höckerige und fibrös entartete Masse, welche von Käsepfröpfen durchsetzt war. Die microscopische Untersuchung stellte den tuberculösen Character fest. Auf die Grösse der Struma, welche Compressionserscheinungen der Trachea hervorrief, hatte der Eingriff keinen Einfluss gehabt und zwei Wochen nach der Nebennierenexstirpation begann ich mit den Jodoforminjectionen in die Struma, welche nach siebzehnmaliger Einspritzung zu einem Drittel ihres ursprünglichen Umfangs reducirt wurde. Die Compressionserscheinungen hatten dementsprechend völlig aufgehört. Der Allgemeinzustand der Patienten hatte sich ebenfalls erheblich gebessert, was übrigens wohl in erster Linie der Nebennierenexstirpation gutgeschrieben werden muss.

XIII. Internationaler medicinischer Congress.

Paris, 2. bis 9. August 1900.

Abtheilung für innere Medicin.

3. Sitzung.

1) Masius (Lüttich): *Pathogénie de l'oedème pulmonaire aigu.* Oedem ist eine abnorme Anhäufung von Lymphe in den Zellenräumen. Das Lungenödem ist nur eine besondere Art davon, indem es zwei verschiedene Charactere zeigt, die beide durch die Heftigkeit und Schwere des pathologischen Processes und der speciellen Localisation bedingt sind. Es ist dies einmal die Ansammlung von Flüssigkeit nicht nur in dem Lymphgewebe, sondern ganz besonders auch in den Alveolen infolge von Transsudation durch deren Wände oder auch durch Zerreissen der letzteren, andererseits die Schnelligkeit, mit welcher die Entwicklung vor sich geht, welche die besondere Art der klinischen Erscheinungen veranlassen. Vom allgemeinen Standpunkt aus betrachtet giebt es drei Theorien für die Pathogenese des Oedems: 1. die rein mechanische Theorie, die das Oedem auf eine bemerkenswerthe Steigerung des Seitendruckes in den Capillaren zurückführt; sie ist nicht annehmbar; 2. die Anschauung von Hamburger und Heidenhain, welche das Oedem als eine gesteigerte lymphsecretorische Thätigkeit der Endothelien der Capillarwände ansehen; endlich die Theorie von Starling, Winter, Théaulon u. A., nach welcher das Oedem eine Folge der veränderten Beziehungen der Flüssigkeit diesseits und jenseits der Gefässwände, sowie der veränderten Durchlässigkeit der letzteren ist. Bezüglich der Frage nach der Pathogenese des Oedems kommen hauptsächlich zwei Thatsachen in Betracht. Zunächst kann durch eine einfache active, nicht entzündliche Hyperämie der Gefässe, mit welcher kein Hinderniss im Flüssigkeitsstrome verbunden ist, kein Oedem hervorgerufen werden. Sodann spielen Läsionen der Capillargefässwände mit ihrer consecutiven gesteigerten Durchlässigkeit beim Zustandekommen des Oedems eine wichtige Rolle. Eine einheitliche Pathogenese des Oedems kann daher nicht angenommen werden.

Klinisch kommen drei Formen in Betracht. a) Das entzündliche Oedem. Hier handelt es sich um eine circumscripte oder diffuse vasodilatorische Reflexwirkung, die durch irgend eine Gelegenheitsursache hervorgerufen wird und eine Einwanderung von Microben aus dem normalen Lungenparenchym in die Gefässwände im Gefolge hat. b) Das Stauungsödem, das weitaus am meisten vorkommt. Man trifft es bei den Affectionen des Herzens, besonders bei initialer Stenose, ferner bei Erkrankungen der Gefässe und bei Nierensclerose. Betreffs dieses Oedems sind zahlreiche experimentelle Untersuchungen angestellt worden, allein die Resultate derselben sind vielfach einander

widersprechend und lassen sich auch meist nicht auf die menschliche Pathologie anwenden. Die am meisten begründete Thatsache ist die Erzeugung von Oedem unter dem Einfluss einer Drucksteigerung in der Pulmonararterie, indem die Thätigkeit des rechten Ventrikels normal oder erhöht ist und zugleich Stauung in Folge verminderter Activität des linken Herzens besteht. Wie schon erwähnt, sind für die Entstehung des Oedems verschiedene Factoren maassgebend. Von diesen scheint nur ein einziger für alle Fälle gemeinsam zu sein und so die Grundlage für das Leiden zu bilden, nämlich die Schädigung der Wände der Lungencapillaren. Gerade wie bei den chronischen Aortenentzündungen und bei der rothen kleinen Niere sind oft Arteriosclerosen und Ernährungsstörungen vorhanden, welche sowohl auf die osmotische Spannung des Plasmas wie auf die moleculäre Beschaffenheit der Gefässwände von Einfluss sind. Die Alterationen der Gefässwände sind mit die Hauptursachen, die das Entstehen des Oedems begünstigen. Andererseits wirken die Arteriosclerose und die sclerosirende Nephritis auf das linke Herz ein und setzen insbesondere dessen Widerstandsfähigkeit herab. c) Das toxische Oedem, das jedoch fast nur durch das Experiment bekannt ist. So giebt es ein durch Muscarin verursachtes Oedem; letzteres bewirkt einen Krampf des linken Herzens, wozu noch die directe Giftwirkung auf die Gefässe kommt. Die letzt erwähnte Ursache steht bei dem durch Jod hervorgerufenen Oedem im Vordergrund.

2) Teissier: *De l'oedème aigu du poumon.* Wohl giebt es einen klinischen Symptomencomplex, den man mit vollem Recht als acutes Oedem oder seröse Lungenapoplexie bezeichnen kann. Derselbe muss genau unterschieden werden von den verschiedenen Arten des Lungenödems, deren Entstehung gewöhnlich nur langsam vor sich geht und die meist durch mechanische oder passive Ursachen hervorgerufen werden. Die prämonitorischen Reizgefühle im Halse, die schmerzhafte intrathoracische Beklemmung, die starke Dyspnoe, die von krampfhaftem Husten begleitet und bald von schaumigem, röthlichem Auswurf gefolgt ist, sowie das feuchte Rasseln über dem betroffenen Gebiete lassen bezüglich ihrer Herkunft keinen Zweifel zu. Nur die directe Entstehungsursache und der genauere Mechanismus des Vorganges müssen noch genauer erörtert werden.

Wenn man die bis zum heutigen Tage gemachten und publicirten klinischen Beobachtungen in Betracht zieht, so kommt man zu dem Schlusse, dass das acute Lungenödem nothwendiger Weise vorausgegangene Infection oder Intoxication zur Ursache haben muss. Unter den Infectionen nehmen der acute Gelenkrheumatismus (Bernheim, Landouzy, Teissier), die Influenza (Rendu, Teissier), das Puerperalfieber (Vinay), Typhus (Jaccoud) und Lungenentzündung (Teissier) die erste Stelle ein. Unter den Intoxicationen dürften besonders Morbus Brightii und Alcoholismus hervorzuheben sein. Die An-

nahme eines vorwiegenden Einflusses der Infectionen und Intoxicationen findet ihre Bestätigung in den gleichen Erfahrungen bei dem Zustandekommen des durch Muscarin (Grossmann), Blausäure (Sahli), Methylsalicylat (Chatin und Guinard), Amylnitrit (Winckler) und sogar durch einfache Salzwassereinspritzungen (Sahli) künstlich erzeugten Lungenödems. Allein unter den prädisponirenden Ursachen ist auch den Alterationen des Herzens ein hervorragender Platz einzuräumen; jedoch ist zu betonen, dass diese Alterationen, damit sie einen dahingehenden Einfluss ausüben können, die Bezirke der Nervenplexus und Ganglien betreffen müssen, nämlich die Basis des Herzens, die Gegend der Coronararterien und den linken Ventrikel (Falck). Das acute Lungenödem wird sich also bei einem durch vorausgegangene Infection oder die erwähnten Alterationen am Herzen prädisponirten Individuum geltend machen, und zwar wird sich die Affection meistens an eine plötzliche Erkältung, Uebermüdung oder heftige Gemüthserregung anschliessen. Auf dieser Basis entsteht starke Steigerung des Druckes in dem Gebiete der Lungenvenen; vorhergegangene Veränderungen in der Zusammensetzung des Blutes erleichtern die seröse Transudation, begleitende vasomotorische Störungen begünstigen die Stauung und das Oedem ist fertig. Da die interstitielle Nephritis im höchsten Grade diese verschiedenen pathogenen Verhältnisse darbietet, so ist es nicht zu verwundern, dass gerade diese Form der Bright'schen Nierenerkrankung so oft zu acutem Lungenödem führt. Man kann daher drei Factoren in Betracht ziehen: Mechanische Störungen, vasomotorische Beziehungen und toxisch-infectiöse Processe. Das Experiment bestätigt diese Annahme im vollen Umfang.

Auf Grund seiner in dem Laboratorium des Professors Arloing angestellten Untersuchungen kommt Teissier zu folgenden Schlussfolgerungen: 1. Vorübergehende, wenn auch starke, mechanische Störungen genügen für sich allein nicht zum Entstehen des Lungenödems. 2. Druck auf die Aorta ruft kein Lungenödem hervor, eine Beobachtung, die mit den früheren Erfahrungen Cohnheim's (Unterbindung sämmtlicher Pulmonalvenen) übereinstimmt. 3. Man kann in der Pulmonalarterie den Druck auf das Dreifache steigern, ohne dass die Erscheinungen des Oedems auftreten. 4. Eine concomitirende Nervenläsion (Durchscheidung des Vagus und Ausschneidung des centralen Endes) begünstigt das Entstehen des Oedems. Letzteres ist dann aber immer geringfügiger Natur und manchmal nur vorübergehend. Die Nervenläsion für sich allein ohne Vorhandensein mechanischer Störungen kann kein Oedem hervorrufen. 5. Dagegen lässt sich sehr leicht Oedem erzielen, wenn man eine Intoxication, z. B. mit Methylsalicylat vorausschickt.

Diese Annahme, dass zu dem Entstehen des Lungenödems drei Factoren erforderlich sind, nämlich Infection, nervöse Einflüsse und mechanische Störungen, vereinigt die verschiedenen,

bis jetzt in dieser Beziehung vorhandenen Theorien: die toxische Theorie, die besonders in Frankreich durch Brouardel und Debove verfochten wird, die rein mechanische Theorie, die in Deutschland vorherrscht und die vasomotorische, nervöse Theorie, die hauptsächlich von Huchard vertreten wird.

Es ist in der That leicht, in allen Fällen diesen dreifachen aetiologischen Einfluss nachzuweisen, ob es sich nun um acuten Gelenkrheumatismus oder um Influenza handelt, ob um Morbus Brightii oder um diejenige Art von Lungenödem, das man mit Recht als acutes reflectorisches Oedem bezeichnet hat, das Falck bei ausgesprochenen Alcoholikern nach hastigem Hinunterstürzen von Bier oder Eisgetränken beobachtete und das Teissier selbst im Verlaufe von eiteriger Pleuritis sah, wobei eine einfache Punction genügte, um es zum Verschwinden zu bringen. Was die verschiedenen Ansichten der deutschen Experimentatoren hinsichtlich der Veränderungen des intracardialen Druckes anbelangt, so ist T. der Ansicht, dass die Experimente zu Gunsten Grossmann's sprechen, dass nämlich unter dem Einfluss des acuten Oedemanfalles der Druck in den peripheren Arterien sinkt, im linken Vorhof und besonders in der Pulmonalarterie ansteigt. Dies wird ausserdem noch durch die klinische Thatsache, dass eine ausgesprochene Insufficienz der Tricuspidalklappe das Auftreten des acuten Oedems erschwert, bestätigt.

Das acute Lungenödem unterscheidet sich nicht nur in pathogenetischer und symptomatischer Hinsicht von dem passiven und chronischen Oedem, sondern diese zwei verschiedenen Arten von Lungenödem haben auch eine ganz verschiedene Prognose. Das acute Lungenödem ist oft von ganz besonderer Schwere und kann selbst in wenigen Stunden zum Tode führen. Manche Anfälle sind indessen leichterer Natur und können zum Theil wieder von selbst schwinden, andere machen irgend einer Organerkrankung wie z. B. Pericarditis, acutem Gelenkrheumatismus, Bright'scher Nierenerkrankung Platz. Im Allgemeinen kann man sagen, dass die Schwere des Oedems von der Functionsfähigkeit der Nieren abhängig ist. Neigt sich das Oedem dem letalen Ausgang zu, so verschärfen sich die Erscheinungen von Seiten der peripheren Circulation, der arterielle Druck nimmt mehr und mehr ab, der Puls wird klein und beschleunigt, die Unregelmässigkeiten desselben nehmen zu, Cyanose tritt ein und es erfolgt Herzstillstand in Systole.

Der zum Theil noch nicht genauer erkannte Mechanismus beim Lungenödem gestattet nicht eine rein causale Therapie. Dieselbe kann daher zum Theil nur empirisch sein. Die Erfahrung hat gelehrt, dass Aderlass von unbestreitbarem Nutzen ist. Die guten Erfolge einer starken Druckentlastung im venösen Kreislauf sind durch klinische und experimentelle Untersuchungen bewiesen. Der Aderlass wirkt ferner noch in der Weise, dass er der Circulation eine gewisse Quantität toxischer Substanzen entzieht; sodann vermindert er die Spannung im rechten Herzen,

erleichtert den Lungenkreislauf und begünstigt die Contraction des linken Herzens. Ueblich ist ferner ableitende Einwirkung auf die Nervenstämme von der Thatsache ausgehend, dass vasomotorische Einflüsse oft starken Antheil an dem Zustandekommen des Oedems haben. Atropin, von welchem man sich wegen seiner antidotisch wirkenden Eigenschaften hinsichtlich des Muscarins viel versprochen hatte, hat gar keine Resultate oder nur unbeständige ergeben. Amylnitrit kann mit einiger Aussicht auf Erfolg angewandt werden wegen seiner vasodilatatorischen Eigenschaften und seines ausgesprochenen Einflusses auf die Contractionsfähigkeit des Herzens. Kohlensäureinsufflationen in das Rectum*) verbunden mit Ableitung und blutigen Schröpfköpfen haben T. in schweren Fällen gute Resultate gegeben, vielleicht durch Hervorrufung einer besseren Lungenventilation und Verminderung der Dyspnoe. Morphium ist sicher in diesen Fällen gefährlich und soll seine Anwendung verlassen werden. In ganz verzweifelten Fällen endlich hat man die Punction des rechten Ventrikels empfohlen (Werbroock, Dana), sowie die Tracheotomie mit Aspiration der Flüssigkeit in den grossen Bronchien (Sahli). T. ist nicht in der Lage, den angeblichen Werth dieser Verfahren zu bestätigen.

3) Merklen: *L'oedème aigu du poumon et l'uricémie.* M. theilt einen Fall mit, der es möglich macht, den Antheil der Circulationsstörungen und der Niereninsufficienz bei der Entwicklung des acuten Lungenödems von einander zu unterscheiden. Ein Kranker mit chronischer interstitieller Nephritis bekam gelegentlich einer Influenza eine acute Exacerbation. In wenigen Tagen bekam er stets plötzlich 3 mal einen Anfall von Lungenödem, über den ihm zweimal ein Aderlass hinweghalf. Dem drit-

*) Wir können es uns an dieser Stelle nicht versagen, auf die höchst mangelhafte und leichtfertige Berichterstattung über den Congress in einigen grösseren medicinischen Zeitungen hinzuweisen. So ist der „Eigene Bericht" der Münchener Medicinischen Wochenschrift der Hauptsache nach nichts Anderes als eine schlechte, in vielen Fällen sinnlose Uebersetzung der „Résumés des rapports du XIIIe Congrès", welche kurz vor Beginn desselben an die Presse verschickt wurden. Conform mit dem Congressbericht der Münchener Medicinischen Wochenschrift ist derjenige der Wiener Medicinischen Wochenschrift und der Wiener klinischen Rundschau. So ist, um nur ein Beispiel anzuführen, die von Teissier angegebene Therapie des Lungenödems in diesen Berichten mit folgenden Worten referirt: „Von Nutzen sind nach practischen Erfahrungen der Aderlass und blutige Schröpfköpfe, Amylnitrit und Carbolsäure, rectal injicirt." Dass es in dem Original „l'acide carbonique" heisst, macht dem Berichterstatter oder besser gesagt Uebersetzer weiters keine Sorgen. Und solcher Stellen, die gerade das Gegentheil von dem sagen, was die betr. Redner vorgetragen haben, finden sich nicht wenige.

ten Anfall erlag er. Niemals liess sich im Anfall eine Schwäche der Herzthätigkeit constatiren. Bei der Section fanden sich die Nieren atrophisch, der linke Ventrikel hypertrophisch, aber nicht dilatirt. Die Lungen waren ödematös, ebenso das Gehirn. Im Herzen fand sich microscopisch eine schwere Myocarditis fibrosa mit körniger Degeneration und Fragmentation der Fibrillen, die sich klinisch durch kein einziges Zeichen angedeutet hatte. Sie kann also aetiologisch nicht in Betracht kommen. Vielmehr sind Lungen- und Hirnödem offenbar durch die Niereninsufficienz zu Stande gekommen.

Dieulafoy: Das acute Lungenödem tritt zuweilen auch bei acuter Nephritis auf, selbst bei der Scharlachnephritis, schliesslich auch bei Leuten mit schleichendem Morbus Brightii, der nie bemerkenswerthe Erscheinungen gemacht hat. Solche Fälle zu erklären, sind wir gegenwärtig noch nicht im Stande. Schwere anatomische Läsionen an Herzen und Aorta können nicht vorhanden sein, weil sich die Kranken oft noch von dem Anfall erholen. Das beste Mittel ist der Aderlass.

4) E. Vidal (Hyères): *De l'herpès en général et du rôle de l'herpès grippal dans la pneumonie et autres maladies infectieuses.* Die letzte Influenzaepidemie bestätigte Vidal seine früher schon gemachten und auch der Académie de Médecine mitgetheilten Beobachtungen über die Häufigkeit von Herpes bei Influenzaerkrankungen. V. bespricht alsdann den Zusammenhang, der nach seiner Ansicht zwischen Herpes und dem Eindringen der verschiedenen Bacterien in den Organismus, wodurch dann je nach ihrer Localisation die einzelnen Organerkrankungen hervorgerufen werden, besteht. Die Microben treten durch die Herpeseruptionen in den Körper ein, gelangen dann in die einzelnen Organe, sowie in den allgemeinen Blutkreislauf und verursachen dadurch eine Allgemeininfection. V. theilt dann zwei Beobachtungen aus dem Pariser Hospitaldienst mit, die ihm besonders beweisend für seine Anschauung zu sein scheinen und beschliesst seinen Vortrag mit dem Hinweis auf die Rolle, welche der Herpes bei dem Zustandekommen der Influenzapneumonie spielt.

5) A. Gilbert et L. Fournier (Paris): *Du foie dans les anémies.* So verschieden wie die Anaemien, so mannigfach sind auch die Veränderungen der Leber dabei. Die Vortragenden haben histologisch die Structurveränderungen der Leber bei Kaninchen und Hunden studirt, die durch wiederholte Aderlässe anaemisch gemacht worden waren. Es fanden sich stets Veränderungen in der Leber und zwar eine „Tuméfaction transparente" in den Zellen ganz diffuser Natur. Diese Schwellung war zuweilen schon bis zur Necrose vorgeschritten. Andererseits befanden sich die Zellen theilweise noch in einem früheren Stadium der Zerstörung das Protoplasma war von hellglänzenden Kügelchen durchsetzt. Diesen ersten Grad der transparenten Schwellung fanden die Autoren auch in der Leber eines jungen Mädchens, das an Purpura haemorrhagica zu Grunde gegangen war.

Diese Zellveränderung braucht die Function der Zellen nicht zu beeinträchtigen, wenn sie nicht zum Tode derselben führen.

6) Karamitsas (Athen): *Sur la fièvre hémoglobinurique palustre.* Man muss zwei Formen dieses „Schwarzwasserfiebers" unterscheiden: mit oder ohne Icterus. Die letztere ist häufiger. In grossen Dosen kann Chinin Hämoglobinurie erzeugen, aber in Wirklichkeit giebt es eine besondere Form des Sumpffiebers, die so auftritt. Redner kann der Ansicht Koch's nicht beitreten, dass die Hämoglobinurie nicht auf das Sumpffieber zurückzuführen ist, weil es sumpfige Länder ohne Hämoglobinurie gäbe, das Blut von Parasiten wimmeln kann, ohne dass Hämoglobinurie besteht und andererseits Hämoglobinurie vorhanden sein kann bei Gegenwart weniger Parasiten im Blute. Diese Argumente seien nicht stichhaltig. Bei dieser Krankheit findet man eben regelmässig Parasiten im Blute.

7) Boinet (Marseille): *Deux cas de lymphadénie et un cas de leucémie myélogène.* Vortragender theilt ausführlich drei Krankengeschichten von leukämischen Bluterkrankungen mit, die das gemeinsam haben, dass sie auf einen infectiösen Ursprung hinweisen. In den beiden ersten Fällen handelte es sich um eine fortlaufende Entstehung immer neuer Drüsenschwellungen (Hals, Achselhöhle, Mediastinum). Diese Generalisation ist ähnlich der beim Carcinom. In einem der beiden Fälle fanden sich Bacterien auf dem Drüsensaft. Die Eintrittspforte für die Bacterien war nicht festzustellen. Im dritten Falle sprach das Vorangehen von Verdauungsstörung, besonders Diarrhöe, für einen intestinalen Ursprung der Infection. Die Toxine führen meist zur Vergrösserung der Milz, ganz wie beim Typhus.

8) Fr. Pick (Prag): *Sur la fièvre hépatique intermittente.* Unter diesem Namen hat Charcot von dem den Gallensteinkolikanfall begleitenden Fieber (fièvre hépatalgique) jenen Symptomencomplex beschrieben, den man nicht selten bei Cholelithiasis, aber auch bei Choledochusverlegung durch Tumoren, Echinococcusblasen findet, bestehend in Schüttelfrösten, Fieber von mitunter so auffallender Regelmässigkeit, dass Verwechslungen mit echtem Intermittens vorkamen; Icterus und Schmerzen können auch fehlen. Es handelt sich offenbar um eine Infection der Gallenwege, auffallend ist aber, dass man oft trotz mehrmonatlichen Bestehens starker Fieberanfälle keinerlei Eiterung in den Gallenwegen, sondern nur Schleim und nirgends Eiterherde im Körper findet. Pick hat die Verhältnisse der Leucocyten in einem solchen sechs Monate lang beobachteten Falle untersucht, der während dieser Zeit 56 starke Fieberanfälle (bis 41°) zeigte, bei welchem die Section einen Gallenstein, im Begriffe aus dem Choledochus ins Duodenum durchzubrechen, ergab. Es fand sich die Zahl der Leucocyten zwischen den Anfällen stets normal, ebenso während der Anfälle im Anfang der Beobachtung, später zeigten die Anfälle vorübergehende Leucocytose. Das Fehlen der Leucocytose zwischen den Anfällen kann zur Differential-

diagnose gegenüber eiteriger Entzündungen der Gallenwege und Leberabscessen dienen, was in prognostischer und therapeutischer Beziehung wichtig ist.

Ein weiterer Punkt, der bei dieser Erkrankungsform von Interesse ist, ist die Harnstoffausscheidung im Harn. Regnard hat 1872 beschrieben, dass an den Fiebertagen die Harnstoffausscheidung bedeutend sinke. Diese vielfach citirte, aber seither trotz mehrfacher Untersuchungen nicht wieder bestätigte Beobachtung Regnard's hat Charcot als Hauptstütze der Anschauung, wonach die Leber den Harnstoff bilde, verwerthet. Pick demonstrirt Tabellen, welche zeigen, dass in seinem Falle in der That die Harnstoffmenge an den Fiebertagen sehr bedeutend (bis 5 g) sinkt, dasselbe gilt aber auch von dem Gesammtstickstoff und Ammoniak. Da nun, wie Pick ausführt, Retention und Inanition als Ursachen dieses Phänomens auszuschliessen sind, muss wohl eine verminderte Harnstoffbildung angenommen werden, und zwar entweder durch Herabsetzung des gesammten Stickstoffwechsels, was man dann aber auch bei anderen Infectformen zu erwarten hätte, oder durch Functionsstörung der Leber. Bei letzterer hätte man nach der jetzt geltenden Schmiedeberg-Schröder-Anschauung, wonach Ammoniaksalze die Vorstufe des Harnstoffes darstellen, eine Vermehrung des Ammoniaks zu fordern. Da diese fehlt, erscheint es wahrscheinlich, dass die Schlacken des Eiweissstoffwechsels der Leber nicht in Form der leicht in den Harn übergehenden Ammoniaksalze, sondern in einer Form zugeführt werden, die das Nierenfilter nicht passirt. Dies ist umso eher möglich, als ja die Muttersubstanzen, die Eiweisskörper, normaler Weise von den Nieren zurückgehalten werden. Für diese Anschauung sprechen aber auch Versuche von Ammoniakdarreichung, die Pick an einem weiteren, günstig verlaufenden Falle dieser Art anstellte, wobei prompt eine Harnstoffvermehrung eintrat.

9 Vincent (Val-de-Grace): *Recherches sur l'étiologie et les lésions de laryngo-typhus.* Vortragender wirft die Frage auf, ob die beim Typhus auftretenden Kehlkopfgeschwüre specifischer und gleicher Natur sind, wie die Darmgeschwüre, oder ob sie durch andere Microorganismen wie durch den Eberth'schen Bacillus verursacht werden. Diese Frage war bisher deswegen noch nicht aufgeklärt worden, weil die dahin gehenden Untersuchungen meist erst in einem Stadium angestellt wurden, in welchem diese Complication schon zu weit vorgeschritten war. Der thatsächliche Ablauf des anatomisch-pathologischen Processes ist noch keineswegs festgestellt, indem die einen Autoren mit Rokitansky ihn durch eine croupöse Infiltration der Mucosa entstehen lassen, während die anderen (Coyne, Mandl) eine Schwellung und regressive Metamorphose in den Lymphfollikeln der Kehlkopfschleimhaut dafür verantwortlich machen. Charcot und Dechambre endlich sind der Ansicht, dass der Process in Perichondrium und Cartilago seinen Anfang nimmt ohne primäre Geschwürsbildung in der Kehlkopfschleimhaut.

In Wirklichkeit hat man alle oberflächlichen Ulcerationen der Kehlkopfschleimhaut, welche man so häufig beim Typhus beobachtet, und die eiterige Perichondritis mit Necrose des Knorpels als Laryngo-Typhus bezeichnet. Die ersteren sind jedoch nur die Erscheinungen des gewöhnlichen Kehlkopfcatarrhs, und hat sie V. 49 mal bei 113 Autopsien gesehen. Die letzteren kommen viel seltener (1 mal bei 113 Autopsien) vor. V. war in der Lage, bei einem 22jährigen Patienten einen rasch verlaufenden Fall von Laryngo-Typhus, der mit Glottisödem zum Tode führte, zu beobachten. Die Schnitte durch den Larynx wurden in dem Niveau der Portio inferior des Ventrikels in der Nähe der Mm. thyeo-arytaenoidei interni et externi, sowie unterhalb der Chordae vocales inferiores angelegt. Die Schnitte wurden mit Picrocarmin oder mit Theonin oder nach der Weigert'schen Methode gefärbt und mit Eosin nachgefärbt. Dieselben liessen entweder phlyctaenuläre Erhebungen des Epithels oder microscopische Ulcerationen der Mucosa als erstes Stadium der Kehlkopfgeschwüre erkennen. In der Schleimhaut fanden sich leucocytäre Infiltration mit starker Gefässbildung, Thrombose und Haemorrhagien. Das Drüsenepithel war gequollen und necrotisch, das Perichondrium mit stark erweiterten Gefässen durchzogen. Das interstitielle Zellgewebe der Schleimhaut war mit serofibrinösem Exsudat angefüllt. Die Bacterienfärbung in den Schnitten zeigte die reichliche Anwesenheit von Staphylococcen und Streptococcen. Sonstige Microorganismen fanden sich nicht vor. Die Staphylococcen waren besonders reichlich in den Geschwüren der Schleimhaut vorhanden und hatten Necrotisirung des zärteren Oberflächenepithels verursacht. Die Streptococcen fanden sich hauptsächlich in der tieferen Gewebsschicht an der Oberfläche des Perichondriums, welch letzteres sie jedoch an manchen Stellen durchsetzten, so dass sie sich hier in directem Contact mit dem Knorpel befanden. Dieser Fall zeigt also, dass sowohl Mucosa wie Perichondrium in ausgedehnter Weise und zu gleicher Zeit ergriffen werden, wodurch die Anschauung von Rokitansky ihre Bestätigung findet.

Das Culturverfahren ergab sehr zahlreiche Streptococcen und nur sehr vereinzelte Colonien von Staphylococcus albus. Man kann daraus schliessen, dass in allen diesen Fällen der Typhusbacillus nicht die Hauptursache für die Kehlkopfgeschwüre ist. Der Name Laryngo-Typhus bezeichnet daher nicht ein Symptom, sondern eine Complication des Typhus, die durch andere Bacterien als durch den Eberth'schen Bacillus hervorgerufen wird. In einem anderen Falle, der dem vorigen sehr ähnlich war aber mit Genesung endete, erhielt V. durch Abimpfung von der frisch nach der Laryngotomie enthaltenen Flüssigkeit ebenfalls den Streptococcus. Wahrscheinlich können auch die übrigen pyogenen Bacterien dabei vorkommen, da Fraenkel in einem ähnlichen Falle den Staphylococcus pyogenes aureus fand.

4. Sitzung.

1) Villard (Marseille): *Du traitement des pneumonies et bronchopneumonies grippales.* 300 Beobachtungen in drei Jahren. Auf der Höhe der Erkrankung, wo die Zeichen der Toxämie sich geltend machen, wendet Vortragender folgendes combinirtes Behandlungsverfahren an: 1. Aderlass von 200—300 g Blut selbst bei älteren Personen, bei kräftigen Personen sogar zwei- bis dreimal zu wiederholen. 2. Unmittelbar darnach subcutane Injection von künstlich sterilisirtem Serum (nach Hayem), täglich zwei- bis dreimal in Mengen von 100—150 g. Sie besorgen eine gründliche Auswaschung des Blutes und des interstitiellen Gewebes nach vorangegangener Entgiftung durch den Aderlass. 3. Kalte Einwicklungen der Brust, dreistündlich zu erneuern. Bei dieser Behandlung hat Vortragender kaum mehr als 10 Procent Mortalität gehabt.

2) Boinet (Paris): *Des troubles nerveux d'origine palustre.* 1. Sensible Störungen: Neuralgien im Trigeminus, Ischiadicus, Intercostalnerven etc., sowie echte Neuritiden, besonders im Ischiadicus. Sie sind oft die zuerst in die Erscheinung tretenden nervösen Affectionen, die in Begleitung der Malariaerkrankungen auftreten. Subjective Symptome sind Parästhesien, Hyper- und Anästhesien, lancinirende Schmerzen. 2. Motorische Störungen, meist den ersteren folgend: Paresen der Extremitäten, die sich allmälig zu vollständigen Lähmungen entwickeln, meist sich aber nur auf das Muskelgebiet des betroffenen Nerven erstrecken. Die Reflexe sind herabgesetzt oder aufgehoben. Selten sind Krämpfe, Zittern, Athetose u. dgl. Zuweilen sieht man im Gefolge des Sumpffiebers auch Hysteroneurasthenie. 3. Psychische Störungen: Delirien mit Hallucinationen, namentlich bei acuten Anfällen des Fiebers. Schliesslich kommt, namentlich nach chronischen Fällen, Demenz, Melancholie, Paranoia etc. vor.

3) de Dominicis (Neapel): *Infection expérimentale de la rate.* Zum Studium der von der Milz ausgehenden Infectionen hat Vortragender die Milz von Hunden unter Erhaltung ihrer Gefässverbindung aus der Bauchhöhle transplantirt und Reinculturen von Bact. coli, Typhusbacillen u. dgl. in die Milz injicirt. 8—10 cmm wirkten tödtlich nach fünf bis acht Stunden; erst in etwas grösserer Dosis vom Blute aus. Kleinere Mengen wirken immunisirend für kürzere Zeit.

Widal (Paris) hat bei Meerschweinchen keine Wirkungen von Injectionen virulenter Bacterien in die Milz gesehen.

4) Béclère (Paris): *Pathogénie des pleurésies pulsatiles.* Vortragender erörtert, auf welche Weise wohl die Entstehung der sogenannten pulsirenden Pleuritis zu erklären ist, bei der die Herzschläge durch die Exsudatflüssigkeit auf die Brustwand übertragen werden. Das kommt nur bei linksseitiger Pleuritis vor, die tuberculösen Ursprunges ist, stets zur Eiterbildung führt,

oft mit secundärer Perforation der Lunge und von Pneumothorax begleitet. Sie entwickelt sich immer nur langsam (chronisches Empyem), comprimirt stark die linke Lunge und verdrängt das Herz sehr erheblich, ohne doch das Leben zu gefährden. Die Entstehung der Pulsation ist so zu erklären, dass bei der Ausbreitung der eiterigen Flüssigkeit der Widerstand der rechten fibrös verdickten Wand des Mediastinums grösser ist, als derjenige der linksseitigen Intercostalräume, so dass das Herz bei jeder Contraction gegen sie angedrängt wird. Den Beweis für diese Theorie erbringt Vortragender durch Versuche an der Leiche, durch Röntgen-Aufnahme und durch eine zufällig günstige, klinische Beobachtung eines solchen Falles bei einer Kranken mit Trichterbrust.

5) Daland (Philadelphia) demonstrirt einen neuen Apparat, „*Hämatocit*" genannt, welcher durch Centrifugirung eines in einer graduirten Pipette aufgefangenen Bluttropfens die Zahl der rothen Blutkörperchen in demselben abzuschätzen gestattet.

6) Renon (Paris): *L'aspergillose, maladie primitive.* Im Gegensatz zu der älteren Auffassung Virchow's u. A. vertritt Vortragender mit anderen französischen Autoren, dass der Aspergillus fumigatus (Kolbenschimmelpilz) nicht nur ein secundärer Parasit ist, sondern oft auch ein primärer pathogener Krankheitserreger von derselben Bedeutung wie der Actinomycespilz und der Tuberkelbacillus. Die primäre Aspergillose ist nach Renon sogar eine nicht seltene Erkrankung, die sich gut differenziren lässt und durchaus specifisch ist. Sie kommt spontan bei Menschen wie bei Thieren (Säugethieren und Vögeln) vor, entwickelt sich in der Haut, Hornhaut, besonders aber im Respirationstractus, sowohl den Bronchien, wie namentlich den Lungen, wo sie eine Pseudotuberculose erzeugt, wie man die Affection in Frankreich vielfach noch nennt. Sie kann heilen durch Ausstossung des Pilzherdes, oder durch Höhlenbildung zum Tode führen. In der Aetiologie spielt die Ansteckung durch Getreide eine Hauptrolle, da Personen, welche damit zu thun haben, besonders häufig davon betroffen werden. Man kann die Lungenaspergillose experimentell bei Thieren mit ihren characteristischen Necrosen und Ulcerationen erzeugen.

7) Triboulet (Paris): *De la bacteriologie du rhumatisme articulaire aigu.* Sowohl bei dem einfachen acuten Gelenkrheumatismus, wie bei den mit Complicationen (Endo-, Pericarditis u. s. w.) einhergehenden findet man sehr verschiedene Microben, bald diesen, bald jenen: Staphylococcen, Streptococcen, Diplococcen (Achalme, Triboulet, Coyon). Kein Bacterium kann bisher als specifisch gelten, da die Krankheit damit noch nicht experimentell erzeugt ist. Dennoch scheinen die Fälle, in denen sich im Blut keine Mikroben finden, prognostisch günstig, die anderen geben dagegen Anlass, den Eintritt von Complicationen zu verwerthen. Beim acuten Gelenkrheumatismus scheint das Blut ein ausserordentlich günstiger Nährboden für Bacterien

zu sein, sie verbreiten sich darin rapid und erzeugen sehr leicht secundäre Infectionen, die ja den einzelnen Fällen das klinische Gepräge aufdrücken.

Widal (Paris) hat in drei Fällen von acutem Gelenkrheumatismus in dem serösen Exsudat polynucleäre Leucocyten gefunden, welche bei traumatischen Arthritiden fehlten. Sie scheinen also ein specifischeres Zeichen zu sein, als die Bacterien, zu deren Vernichtung sie bestimmt sind.

Papillon (Paris) macht darauf aufmerksam, dass eines der sichersten Zeichen der Infectiosität des acuten Gelenkrheumatismus das immer erneute epidemische Auftreten desselben in einzelnen Häusern sei.

8) Lenoble (Brest): *Sémiologie du caillot et du sérum dans les purpuras.* Vortragender hat in mehreren Fällen von Purpura haemorrhagica drei Eigenthümlichkeiten des Blutes gefunden, welche es für characteristisch hält: a) Aus dem Blute setzt sich kein Serum ab, indem sich das Coagulum nicht zurückzieht; b) die Zahl der Hämatoblasten ist vermindert, entsprechend der Intensität der Affection; c) die Gegenwart kernhaltiger rother Blutkörperchen. Bei leichter Peliosis dagegen bildet sich Coagulum und Serum in der gewöhnlichen Weise in kurzer Zeit.

Apert (Paris): Man findet die mitgetheilte Anomalie der Blutcoagulation in der That öfters bei Purpurahämorrhagien, aber durchaus nicht immer. Andererseits lässt sie sich auch bei Affectionen, z. B. Typhus abdomin., gelegentlich beobachten, wenn man die Widal'sche Serumreaction anzustellen versucht.

5. Sitzung.

1) P. le Gendre: *Pathogénie de la goutte.* Seitdem man die harnsaure Natur der Tophi und die Uricaemie bei den Gichtigen erkannt hatte, gingen die theoretischen Bestrebungen fast immer darauf hinaus, die Pathogenie der Gicht mit dem Mechanismus der Harnsäureanhäufung im Stoffwechsel und der Ablagerung von harnsaurem Natron in den Geweben zu erklären. Hauptsächlich wurden folgende Factoren in das Treffen geführt: Uebermaass in der Einführung von Harnsäure erzeugenden Nahrungsmitteln oder anorganischer Substanzen, die Harnsäure hervorbringen; übermässige Bildung von Harnsäure durch Zerfall der aus den Leucocyten oder den Zellkernen hervorgegangenen Nucleinen oder Nucleoalbuminen; Ansammlung von Harnsäure infolge ungenügender Umwandlung in Harnstoff, sei es wegen torpider Beschaffenheit der Leber oder auch mangels eines Fermentes, das letzterer ihre uropoetische Wirkung ermöglicht, oder auch wegen ungenügender Oxydationsvorgänge im ganzen Organismus; Retention von Harnstoff im Blute in Folge von ungenügender Ausscheidungpsfähigkeit der Nieren; Resorption von Harnsäure in den Nieren, die normaler Weise die Bildung der Harnsäure durch Bindung von Harnstoff und Glycocoll be-

wirken sollten, allein die Fähigkeit verloren haben, die gebildete Harnsäure wieder auszuscheiden. Letztere wird dann resorbirt und wird im Blute vierfach harnsaures Natron, welches im Ueberschusse unter gewissen Bedingungen sich in den Geweben als doppelharnsaures Natron ablagert.

Für einen Theil der Autoren wirkt die Anwesenheit von harnsaurem Natron in den Gelenken nur als Fremdkörper und ruft als solcher die entzündlichen Anfälle hervor; für Andere wiederum ist die Harnsäure ein chemisches, nectrotisirendes Gift, und der Bildung von Harnsäurecrystalleablagerungen muss eine Mortificirung der Gewebe vorausgehen. Einige erklären die gichtigen Localisationen durch die geringere Vascularisation und die geringere Widerstandsfähigkeit der prädisponirten Gewebe und den Gichtanfall durch behinderte Function der Nieren. Wieder Andere schreiben die Localisationen, die Anfälle und die Metastasen einem nervösen Einfluss zu. Man hat auch geglaubt, dass die Harnsäure erst nach gewissen physicalischen und chemischen Umwandlungen schädlich wirken würde und daher in gleicher Weise wie der Harnsäure anderen Stoffen, wie z. B. den Alloxurkörpern eine pathogene Rolle zugeschrieben werden müsse.

Allen diesen Theorien stehen triftige chemische, physiologische und pathologische Einwände gegenüber. Die plausibelsten derselben erklären nur den Gichtanfall, aber nicht die permanente und durch Vererbung übertragbare Ernährungsstörung, die das nothwendige Zwischenglied zwischen den intermittirenden Anfällen ein und desselben Individuums sowohl wie zwischen der Krankheit von Vater und Sohn bildet. Allein die klinische Statistik hat unwiderlegbar bewiesen, dass die Gicht sich ganz besonders häufig bei solchen Personen einstellt, in deren Familie in aufsteigender und absteigender Linie sich gichtige Erkrankungen und Stoffwechselstörungen, hauptsächlich Diabetes und Fettleibigkeit, finden, und dass die Gicht häufig mit einem der genannten Leiden combinirt ist. Nach den Arbeiten B o u c h a r d's ist es nicht mehr zweifelhaft, dass das Wesen des Diabetes darin besteht, dass die Fähigkeit der Gewebe, den Zucker zu verbrennen und die Umwandlung der Kohlehydrate zu vollenden, eine verminderte geworden ist. Wenn klinisch die Gicht sich ebenso verhält wie der Diabetes, so ist es sehr wahrscheinlich, dass bei den Gichtkranken eine mangelhafte Verarbeitung der Stickstoffverbindungen und eine Unfähigkeit, eine vollkommene Verbrennung des Eiweisses zu erzielen, in Frage kommt. Als Folge dieser unvollkommenen Beseitigung der Zersetzungsproducte tritt eine Störung im Organismus ein und zwar einerseits durch gewisse Säuren (Oxal-, Essig-, Milchsäure etc.), welche die Bedingungen für die Löslichkeit der Harnsäure herabsetzen können, ohne dass nothwendigerweise letztere im Ueberschuss im Blute vorhanden ist, andererseits durch organische Stoffe, deren giftige Beschaffenheit die Veranlassung für die vielen Gichtanfälle werden kann. Durch die klinische Statistik wird ferner die Ver-

wandtschaft der Gicht mit der einfachen Albuminurie und der interstitiellen Nephritis, sowie die Häufigkeit und Heftigkeit dieser Leiden bei den Gichtkranken erwiesen. Man kann aus diesem Zusammentreffen den Schluss ziehen, dass functionelle Störungen der Nieren sowohl wie des Nervensystems bei der Prädisposition für die Gicht und bei den plötzlichen Anfällen eine Rolle spielen, sei es durch Hemmung der Ausscheidung der von der Ernährungsstörung in den Geweben herrührenden toxischen Zerfallsproducte oder durch neurotrophische Unterdrückung des intracellulären Stoffwechsels.

Bei der erworbenen Gicht wird die Ernährungsstörung der Zellen durch eine fehlerhafte Hygiene (Uebermaass von stickstoffhaltiger Nahrung oder solcher, die reich an Oxalsäure ist, gewisse gegohrene Getränke, ungenügende körperliche Thätigkeit und Ueberanstrengung des Nervensystems) oder durch Einwirkung eines Giftes (Blei) herbeigeführt. Bei der hereditären Gicht wird die Ernährungsstörung in den Zellen durch Ei oder Spermatozoon auf die Nachkommenschaft verpflanzt.

2) Sir Dyce Duckworth (London): *The Pathogeny of Gout.* Die Gicht rührt von einer Ernährungsstörung her, die sich durch unvollkommenen Stoffwechsel in gewissen Organen und Körpertheilen, vielleicht in den Nieren und wahrscheinlich in der Leber manifestirt. Die trophische Störung und Insufficienz neigt zur Bildung von Harnsäure und zwar wahrscheinlich im Ueberschuss und zur periodischen Retention derselben im Blute (gichtige Uricaemie). Die Histologie vermag auf keine Weise die genauere Natur dieses Leidens, welches sich vielleicht unter einem neurotrophischen Einflusse mit der Zellenwirkung, aber, so viel wir wissen, nicht mit einer Structurveränderung in Zusammenhang steht, zu erklären. Diese Functionsschwäche oder die Anlage zu derselben kann primär erworben oder auch als Belastung übertragen werden, indem sie dann von Zeit zu Zeit Uricaemie mit gichtigen Erscheinungen bei den Nachkommen hervorruft. In den meisten Fällen nehmen die Gichtattaquen unter den Einflüssen von besonders hierzu disponirenden Verhältnissen, manchmal auch ohne solche, an Intensität zu und es kommt zu einer Krisis. Mit diesen Krisen ist eine Aenderung in der Löslichkeit der Harnsäure verbunden, als deren Folge reizend wirkende Crystalle von doppelsaurem Natron sich bilden und in bestimmten Körperabschnitten abgelagert werden. Der Gichtanfall, seine Localisation und seine Metastasen hängen von nervösen Einflüssen ab, die vielleicht ihren Sitz im bulbären Centrum haben. Die localen Attaquen sitzen entweder in den Gelenken oder in solchen Gewebstheilen, die durch Ernährungsstörungen als Folgen vorausgegangener Schädigungen oder Ueberanstrengungen geschwächt oder widerstandsunfähig geworden waren. Die erwähnte centrale Neurose ist eine characteristische und wesentliche Erscheinung und, indem sie in Gicht übergehen kann, gehört sie im Allgemeinen zur arthritischen

Diathese. Die Uricaemie bei der Gicht ist eine Erscheinung für sich und hat mit der bei anderen pathologischen Zuständen vorkommenden nichts zu thun, aber aus sich allein ist sie nicht im Stande, Gichtanfälle auszulösen. Die Harnsäureablagerungen in irgend einem Körperabschnitte können nach und nach wieder verschwinden, verbleiben aber gerne in den weniger gefässreichen Geweben. Sie können in grossen Massen vorhanden sein, auch ohne dass Schmerzen oder Anfälle auftreten. Die klinischen Erscheinungen bei der Gicht weisen darauf hin, dass Blutveränderungen (Folgen eines krankhaften Stoffwechsels in den Geweben) einerseits und neurotrophische Störungen andererseits als die pathologischen Ursachen der Gicht anzusehen sind, und dass in Folge dessen die Gicht als eine neuro-humorale Krankheit zu betrachten ist.

3) Widal und Ravaut: *Cystodiagnostic des épanchements séro-fibrineux de la plèvre.* Die Untersuchung der in den pleuritischen Exsudatflüssigkeiten enthaltenen Zellen kann wichtige Aufschlüsse für die Diagnose, Pathogenese und Aetiologie liefern. Einige Cubiccentimeter Flüssigkeit werden durch Probepunction entnommen, defibrinirt und centrifugirt. Färbung mit Thionin, Haematoxylin-Eosin und Ehrlich's Triacid. Die Vortragenden verfügen über 66 Fälle und zeigen auf Tafeln die Mannigfaltigkeit des Befundes. Bei der idiopathischen Pleuritis findet man ausschliesslich kleine Lymphocyten mit spärlichen rothen Blutkörperchen. Bei der tuberculösen Pleuritis in ihren verschiedenen Formen sind Formelemente sehr selten; es finden sich nur einige alte und deformirte polynucleäre Leucocyten. Bei einer streptococcenhaltigen serofibrinösen Pleuritis waren neutrophile polynucleäre Lymphocyten vorhanden. Am Bemerkenswertesten ist der Befund bei der Pneumococcenpleuritis: rothe Blutkörperchen und einige Lymphocyten, besonders aber sehr zahlreiche polynucleäre und eine grosse Menge mononucleärer Zellen endothelialen Ursprungs, einige sehr grosse derselben schliessen noch polynucleäre in ihrem Protoplasma ein. Bei den traumatischen und aseptischen Pleuritiden der Herz- und Nierenkranken sind grosse Endothelzellen von der Oberfläche der Serosa characteristisch, einzeln oder in Gruppen zu zwei, drei und vier.

4) Baylac (Toulouse): *Traitement de la péritonite tuberculeuse par la ponction suivie du lavage avec de l'eau stérilisée chaude.* Vortragender will, ohne die Kranken der Gefahr einer Laparotomie auszusetzen, ihnen den Nutzen einer Ausspülung der Bauchhöhle verschaffen und zwar ohne Anwendung der stets bedenklichen antiseptischen Flüssigkeiten. Er verwendet 45° warmes Wasser, das ebenso wirksam erscheint, indem es doch hauptsächlich nur darauf ankommt, das von seinem Exsudat befreite Peritoneum in den für eine Ausheilung günstigen Zustand zu versetzen. Die mechanische Wirkung ist das Wesentliche. B. hat nach dieser Methode 8 Fälle von tuberculöser Peritonitis

mit Ascites behandelt und dadurch 5 vollständig geheilt, 3 mal eine vorübergehende Besserung erzielt. Er giebt zum Schlusse noch den Versuch einer theoretischen Erklärung des Zustandekommens der Heilung.

5) Pettyjohn (Michigan): *Diabetes and its constitutional treatment.*

6) Hammond (Washington): *Arthritis deformans: its causes, pathology and treatment.* Gicht ist nicht, wie oft behauptet wird, eine Neurose, sondern eine Stoffwechselstörung. Die unmittelbare Ursache derselben ist eine Essigsäuregährung. Sie kann sicher geheilt werden durch eine schmale Fleischdiät. Fette, Stärkemehl und Zucker führen Essigsäuregährung herbei und sind daher absolut zu verbieten.

7) Marini (Palermo): *Modifications structurales des leucocytes polynucleaires dans des infections.* Beim Studium des Blutes von Pneumonikern hat M. specifische Typen von Leucocyten gefunden, von denen diejenigen mit polymorphem Kern folgende Eigenthümlichkeiten zeigten: Im Protoplasma hat um den Kern herum eine Anhäufung von neutrophilen Granulirungen statt und dieser centrale Theil der Zelle färbt sich sehr intensiv. Dagegen bleibt die Peripherie klar und wenig gefärbt. Diese Veränderungen verlieren sich in dem Maasse, als die Krankheit abläuft. Sie scheint also von der Infection abhängig zu sein. Bei Hunden konnte M. experimentell solche Leucocyten im Blute hervorrufen, wenn er ihnen einen sehr virulenten Microben einimpfte, der aus den Hautschuppen von masernkranken Kindern gewonnen war.

8) Fenoglio (Cagliari): *Action pathogène des Amoeba coli.* Vortragender leugnet die aetiologische Bedeutung der Amoeba coli für die Dysenterie und andere Darmaffectionen. Sie habe keine pathogene Wirkung. Denn sie findet sich auch im Darm gesunder Menschen mit allen ihren characteristischen Eigenschaften. Auf Katzen übertragen, die ja für Dysenterie empfänglich sind, ruft sie im Darm derselben keinerlei specifische Läsion hervor. Wo man amoebenhaltigen Darminhalt oder Eiter aus Leberabscessen anscheinend mit Erfolg übertragen hat, ist man nicht sicher, ob nicht etwa irgend welche toxische Substanzen oder andere uns noch nicht bekannte Microben wirksam gewesen sind.

Referate und Kritiken.

A Text-Book of the Diseases of Women. By Henry J. Garrigues, A.M., M.D., with 367 illustrations. Third Edition, thoroughly revised. W. B. Saunders & Co., Philadelphia, 1900.

Es ist nicht überraschend, dass Garrigues' Buch „Diseases of Women" schon nach zwei Jahren in einer weiteren,

dritten Auflage erschienen ist, hat es ja doch Verf. in vollendeter Weise verstanden, dem Studirenden und Practiker in einer glücklichen Form das zu bieten, was er eben bedarf. War das Buch schon in seiner ersten Ausgabe eine äusserst werthvolle Hülfe für alle die Rath brauchten, da es klar, alles umfassend und kurz ist, so hat Verf. durch die neue Auflage dessen Werth noch um Bedeutendes erhöht. Was alt und weniger angebracht erschien, wurde weggelassen, um neuen Grundsätzen und Behandlungsmethoden Platz zu machen. Besonders wichtig und lehrreich ist die reiche Mittheilung der practischen Erfahrung, die Verf. in den vielen Jahren gemacht und fleissig gesammelt hat. Betrachten wir nur die Abhandlung über Leucorrhoe u. s. f. Ohne von der vorgeschriebenen Richtung abzuweichen, hat Verf., das Bedürfniss wohl verstehend, gerade auf die Dinge besonders aufmerksam gemacht, die der Lernende und Practiker bedarf und hat den Weg gezeigt, die Symptome in der richtigen Weise aufzufassen und darnach zu handeln. Auch das Capitel über Electrotherapie in der Gynäcologie ist vorzüglich geschrieben. Das Werk ist ideal in seiner Art und es wird nicht nur dem Studirenden, sondern auch dem Practiker eine willkommene Hülfe sein, da es nicht nur alles Wesentliche in der Gynäcologie enthält, sondern auch die reichen Erfahrungen des Verf. umfasst, unter dessen Augen und eifrigster Mitwirkung die Gynäcologie sich zur heutigen Grösse entwickelt hat.

L. A. Ewald.

Manual of the Diseases of the Eye, for Students and General Practitioners. With 243 original illustrations, including 12 colored plates. By Charles H. May, M.D. New York, William Wood & Co., 1900.

Das vorliegende neue, kurzgefasste Lehrbuch der Augenheilkunde für Studirende und practische Aerzte ist in Anlage und Durcharbeitung als vorzüglich gelungen zu bezeichnen. Aus jeder Zeile spricht die mit literarischer Gewandtheit gepaarte ausgedehnte Erfahrung des Verfassers im klinischen Unterrichte, die sich besonders in der trotz aller Kürze und Knappheit nie fehlenden Deutlichkeit im Ausdruck und in der übersichtlichen Anordnung des mit vorzüglichem Urtheil gesichteten Stoffs kundgiebt. Dem Buche ist ohne weitere Empfehlung eine grosse Verbreitung sicher. Sehr zum Vortheil gereicht dem nützlichen Werke die Anwendung verschiedener Lettergrössen im Text, was die Orientirung des Lesers ausserordentlich erleichtert. Auch die übrigen Punkte der Ausstattung des Werkes sind nur lobend zu erwähnen. Die Auswahl der Illustrationen und ihre Ausführung entsprechen in harmonischer Weise den engeren Zwecken des Lehrbuchs. Will man hier durchaus etwas auszusetzen finden, so wäre es höchstens der in einigen der ophthalmoscopischen Bilder gezeichnete Verlauf der Chlorioidealgefässe, welche einem keineswegs der Natur abgelauschten Schema

entsprechen. Es wäre dies wohl in einer späteren Auflage zu verändern.

Die Nützlichkeit des Buches wird nicht wenig erhöht durch einen, am Schlusse gegebenen, verhältnissmässig recht ausgedehnten, alphabetischen Index rerum. S.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

Centralblatt für Gynäkologie, 1900, No. 5 mit 9.

1) Menge und Krönig: *Die Wahl des Nährbodens bei dem kulturellen Nachweise geringer Streptococcenmengen.*

Entgegen einer Aeusserung Bumm's (Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäcologie, Bd. VIII, Leipzig 1899, pg. 415) betonen die Verf., dass sie auf Grund der in vorliegender Arbeit mitgetheilten Versuche keine Veranlassung haben, ihren Standpunkt, dass im Scheidensecrete der gesunden Schwangeren der Streptococcus pyogenes des Puerperalfiebers mit seinen characteristischen culturellen Eigenschaften als saprophytischer Dauereinwohner nicht vorkomme, aufzugeben. Die Angabe von Bumm und Hofmeister, der offenbar an die Unität aller Streptococcen glaubt, die Verf. hätten ihre Ansicht in der Streptococcenfrage, so weit sie das Scheidensecret betrifft, geändert, entspricht nicht der Thatsache.

2) A. Dührssen: *Ueber die Technik der Vaporisation.*

Den vielen Anfragen, warum D. ein so dickes Vaporisationsrohr für seinen Apparat habe construiren lassen, erwidert er u. a., dass er hauptsächlich deswegen ein so weites Rohr gewählt habe, um einer kritiklosen Anwendung der Vaporisation bei allen möglichen Blutungen vorzubeugen. Diese Gefahr liegt sehr nahe, wenn das Vaporisationsrohr so dünn ist, dass es ohne vorherige Dilatation in den Uterus eingeführt werden kann. Viele Aerzte, die sich im Besitze eines solchen dünnen Rohres befinden, werden bei älteren Frauen mit Blutungen ohne Weiteres die Vaporisation vornehmen oder allenfalls vorher ein Curettement machen, dann aber, wenn die Untersuchung der herausbeförderten Massen eine normale oder einfach entzündete Schleimhaut ergeben hat, sofort vaporisiren. Bei diesem Vorgehen bleiben maligne Neubildungen und, selbst bei Ausführung des Curettements, Eireste und Polypen unentdeckt und die Vaporisation wirkungslos, da es natürlich unmöglich ist, dass die Vaporisation eine schon in die Muskelwand eingedrungene maligne Neubildung durch Necrose vollständig zerstört.

Bezüglich der Erfolge der Vaporisation erwähnt D. noch kurz, dass dieselben ihn bei rein climacterischen Blutungen andauernd sehr befriedigen. In schweren Fällen vaporisirt er die Corpushöhle 8 Minuten lang mit Wasserdampf von 100° C. (im

Kessel) und erzielt hierdurch in der Regel und ohne irgend welche üble Complicationen die Obliteration der Corpushöhle. Zugleich bewirkt das Verfahren eine mächtige Involution des entzündeten Uterus.

3) Czempin: *Zur Narkose.*

Die Arbeit wendet sich gegen einen ähnlichen Artikel Koblank's (ref. in der Monatsschr. 1900, No. 8, pg. 479) und enthält nichts wesentlich Neues.

4) S. Belitz-Heimann: *Zur Kasuistik der Kolpaporrhexis sub partu.*

Verf. beschreibt einen Fall aus der Moskauer Gebäranstalt, in welchem bei einer 23jährigen IIpara nach Abgang des Fruchtwassers und nachdem der Muttermund bereits für 3 Finger geöffnet war plötzlich unter heftigen Wehen Blutung und Erbrechen auftraten. Bei der äusseren Untersuchung stellte es sich heraus, dass die Frucht sich unmittelbar links unter den Bauchdecken befand. Oberhalb der Schambeinfuge fühlte man eine harte, rundliche Geschwulst, offenbar den contrahirten Uterus. Die Gebärende wird chloroformirt und bei der nun vorgenommenen inneren Untersuchung fühlt man den leeren, contrahirten Uterus. Die eingeführte linke Hand dringt links vom Uterus in einen ca. 4 Querfinger breiten Riss des linken Scheidengewölbes ein und constatirt in der Bauchhöhle Kopf und Arm der Frucht, die sich leicht am Fuss extrahiren lässt. Auch die Placenta wird in toto aus der Bauchhöhle entfernt. Kochsalzspülung, Tamponade, Heilung.

5) F. Schenk: *Hochgradige frische Aetzstenose der Cervix*

Es handelte sich um eine 17jährige Fabrikarbeiterin, die nach längerem Zögern gestand; dass ihr von Seiten ihres Liebhabers behufs Fruchtabtreibung nach einem Coitus eine ätzende Flüssigkeit in die Scheide eingespritzt worden sei, aber nicht anzugeben wusste, was dies für eine Flüssigkeit gewesen war. Die Untersuchung mittels Speculum ergab, dass die vordere und ein Theil der hinteren Vaginalwand vollständig verätzt und theilweise necrotisch war, allenthalben stiessen sich necrotische, übelriechende Gewebsfetzen ab. Die Portio erschien zum grössten Theil zerstört, der Muttermund klaffte, war für die Fingerkuppe durchgängig. Pat. war im 5. Monat gravid. 3 Tage später erfolgte die Ausstossung eines vollständigen Abgusses der Portio und der angrenzenden Vaginalschleimhaut in weitem Umfange. Circa 2 Monate später traten Wehen ein und es gelang die Entwicklung des Kindes auf natürlichem Wege, jedoch nur Dank dem Umstande, dass die Geburt eine vorzeitige und das Kind noch unentwickelt war und dass die Dehnung der Narben nach vorherigen Incisionen verhältnissmässig gut von statten ging.

6) N. Bardescu: *Ein neues Verfahren für die Operation der tiefen Blasen-Uterus-Scheidenfisteln.*

und des Fornix in der Schwangerschaft. Geburt per vias naturales.

Die Operation besteht in Befreiung und Behandlung des Uterus, Befreiung und Obliteration der Blase, Wiederherstellung des vorderen Scheidengewölbes. B. hat dieses Verfahren in 3 Fällen tiefer, enormer Blasen-Uterus-Scheidenfisteln, alle post partum, angewandt. In allen Fällen waren Blase, vorderer Scheidengrund und die vordere Cervixlippe betheiligt, so dass diese Höhlen in bedeutender Ausdehnung mit einander verbunden waren. Nach Art der Wiederherstellung dieser Höhlen mittels Naht nannte er dieses Verfahren combinirte Cysto-Kolpo-Kölíorrhaphie, nach den Theilen, die an der Reparation der Läsionen theilnehmen. Näheres über das Operationsverfahren, das durch Krankengeschichten und Abbildungen genauer erläutert ist, ist in der Originalarbeit nachzusehen.

7) O. v. Franqué: *Zur Cervixfrage.*

Vorliegende Arbeit ist eine Erwiderung auf Bayer's Polemik gegen v. F. in seinem Artikel: „Kritisches zur Lehre von der Entfaltung und Nichtentfaltung des Mutterhalses in der Schwangerschaft" (No. 3 des Centralbl. 1900, cfr. No. 8 der Monatsschr. ds. Jhrg. pg. 480).

8) O. Falk: *Beitrag zur Bedeutung der Appendicitis für den Geburtshelfer und Gynäcologen.*

F. theilt drei Krankengeschichten mit, von denen die erste zeigt, in wie wenig characteristischer Weise sich eine Perityphlitis in der Schwangerschaft entwickeln kann, und welche Schwierigkeiten dieselbe in diagnostischer Hinsicht macht, während aus Fall III hervorgeht, wie symptomlos schwerwiegende Erkrankungen des Processus vermiformis verlaufen können und wie schwer oder geradezu unmöglich seine Mitbetheiligung bei eiterigen Adnexerkrankungen unter Umständen zu diagnosticiren sein kann. Aber gerade aus diesen Gründen soll der Geburtshelfer und Gynäcologe sich mit den Erkrankungen des Processus vermiformis vertraut machen und sich die operative Technik, die die Behandlung einer Appendicitis resp. Perityphlitis erheischt, aneignen. Der zweite Fall weist darauf hin, wie wichtig es ist, bei der Differentialdiagnose neben Appendicitis auch an Stieltorsion kleiner, aus dem kleinen Becken emporgewanderter Ovarialtumoren zu denken, deren Palpation durch die Grösse des graviden Uterus und die peritoneale Reizung sehr erschwert, deren klinische Erscheinungen aber denen einer Perityphlitis ausserordentlich ähnlich sein können.

9) F. Schwertassek: *Ein Beitrag zur mechanischen Behandlung atonischer Uterusblutungen.*

Es handelte sich um eine 38jährige Frau, die bei ihrer Aufnahme in das Krankenhaus im 5. Monate und zwar zum 6. Male schwanger war. Seit 3 Wochen litt sie an unregelmässigen Blutungen, die trotz ärztlicher Behandlung nicht nachliessen.

Pat. ist sehr anämisch. In Narcose wird die Ausräumung des Uterus vorgenommen. Es handelte sich um eine zweieiige Zwillingsschwangerschaft mit einer männlichen und einer weiblichen Frucht, beide abgestorben. Atonische Nachblutung. Deshalb werden Uterus und Scheide fest mit Jodoformgaze tamponirt. Es werden 300 ccm Kochsalzlösung subcutan und 2 Spritzen Campheröl injicirt. Die Frau kommt in ein gewärmtes Bett. Nach ca. einer Stunde blutet die Pat. abermals ziemlich stark. Dieselbe kommt sofort wieder auf den Operationstisch, abermals heisse Uterusirrigation und Ergotininjection. Uterus contrahirt sich nicht gut, es blutet zwar schwach aber continuirlich fort. Die Pat. collabirt, es bricht kalter Schweiss aus und es stellen sich wiederholte Ohnmachten ein. Puls an der Radialis nicht zu fühlen. Die Tamponade nach D ü h r s s e n zu wiederholen, schien Verf. nach dem Vorhergegangenen ganz zwecklos. Er fasst daher den Uterus mittels zweier Muzeux'scher Zangen an den Muttermundslippen und zieht ihn herab, worauf die Blutung sofort steht. Beim Nachlassen des Zuges tritt sie jedoch sofort wieder ein. Es wird daher mittels eines Fadens ein Gewicht an die Muzeux'schen Zangen angebracht und über eine Stuhllehne geleitet, welches den Uterus leicht angezogen erhält. Die Portio steht über dem Scheideneingang und ist nicht von aussen zu sehen. Das Gewicht beträgt nicht ganz 1 kg. Kochsalzinfusionen. Salzwasserclysma und Campherinjectionen. Pat. erholt sich nun langsam, erlangt allmählich wieder das volle Bewusstsein. Wein, schwarzer Kaffee etc. F. lässt nun das Bett neben den Operationstisch stellen, legt die Frau über und lässt nun den Zug nicht wirken. Nach einer Weile zeigt sich wieder eine leichte Blutung. Der Gewichtszug wird wieder angebracht und bleibt nun die Nacht über bestehen. Den nächsten Tag werden die Muzeux'schen Zangen entfernt. Die Pat. erholt sich langsam, der Puls wird besser, die Unruhe weicht und nach 14 Tagen steht sie vom Bette auf.

Verf. hofft, dass mit dieser Methode alle atonische Blutungen gestillt werden können. Ebenso hält er sie für anwendbar bei Blutungen nach Geburtsverletzungen des Uterus (Cervixrisse, Schleimhautverletzungen der Gebärmutter), wo die Naht oder Tamponade nicht ausreicht oder aus irgend welchen Gründen nicht gemacht werden kann. Doch dürfte in diesen Fällen wohl immer der permanente Zug durch längere Zeit nöthig sein. F. empfiehlt die Methode allen Fachgenossen zur Anwendung.

10) L. P i n c u s: *Nochmals die Atmocausisfrage und die Münchener Discussion.*

Der Artikel ist gegen F l a t a u resp. dessen Arbeit „Zur Atmokausis. Einige Worte zur Abwehr" (No. 3 des Centralbl., ref. in der Monatsschr. No. 8, pg. 480) gerichtet.

11) A. F u n k e: *I. Beitrag zur Belastungstherapie bei Retroflexio uteri gravidi.*

Die Wichtigkeit und Vortrefflichkeit der Methode hat Verf.

in der seit seiner ersten Veröffentlichung (Hegar's Beiträge Bd. I., p. 264) verflossenen Zeit vielfach erprobt und bestätigt gefunden. Die Einlegung des Schrotbeutels gehört zu den alltäglichen bei chronischen Affectionen der Genitalien, sowie Lageveränderungen angewendeten Proceduren. Am Besten aber wird ihr Werth durch die Anwendung bei der Retroflexio uteri gravidi bestimmt. Der Erfolg ist bei dieser einst so gefürchteten ein so eclatanter, dass er ihr eine bleibende Stellung sichert. Neben 4 anderen früher behandelten Fällen hatte Verf. abermals Gelegenheit, die Wirksamkeit in einem besonders schwierigen Fall zu erproben, dessen Krankengeschichte er mittheilt. An Stelle des Schrotbeutels wendet Verf. auch den Quecksilbercolpeurynter an, der besonders für die Bedürfnisse des practischen Arztes sehr handlich und bequem ist. Ein kleiner Apparat, den sich F. zur Erleichterung der Anwendung des Quecksilbercolpeurynters construirt hat, dient vielleicht dazu, seinen Gebrauch noch mehr zu verbreiten. Derselbe besteht aus zwei Colpeurytern verschiedener Grösse, die durch ein kurzes Glasrohr mit einander verbunden sind. In dem grösseren Colpeurynter befindet sich das Quecksilber, der kleinere ist durch Compression luftleer gemacht. Die Distance beider Colpeurynter beträgt 30 cm. Die Application geschieht folgendermaassen: Die Frau wird im Bett auf Kissen in ziemlich steile Hochlagerung gebracht und ihr nun der comprimirte Colpeurynter eingeführt; jetzt wird der gefüllte Colpeurynter gehoben und unter leichter Compression des Schlauches lässt man das Quecksilber in den eingeführten Colpeurynter einlaufen. Zum Zweck der Herausnahme setzt die Kranke sich auf ihrem Kissen auf, legt den leeren Colpeurynter auf das Bett und lässt ebenfalls unter leichter Compression des Schlauches das Quecksilber wieder in den äusseren Colpeurynter hereinlaufen und entfernt durch leichten Zug den vaginalen. Der ganze Apparat wird dann bis zur nächsten Anwendung in Carbol- oder Sublimatlösung gelegt.

12) O. Schaeffer: *Ueber Zerreissung des Scheidengewölbes sub coitu und andere seltenere Kohabitionsverletzungen.*

Es handelte sich um eine 49jährige, hochgradig hysteroneurasthenische Person, die vor 12 Jahren in Folge eines faux pas als Erzieherin eine fieberlos verlaufene Entbindung durchgemacht hatte. In der letzten Zeit litt sie an Urticaria, Pruritus und Vaginismus und wurde wegen dieser Leiden von Verf. behandelt. Während einer Nacht wurde er nun „wegen starker Blutung" alarmirt. Er gab entsrpechende Verhaltungsmaasregeln und verordnete Stypticin. Eine zweite Meldung veranlasste ihn, persönlich nachzusehen. Er fand seine körperlich kleine Pat. in den Armen eines baumstarken Engländers, eingewickelt in einen Plaid, bleich, beide wortlos, auf dem Etagenflur. Sie legten dann die Ohnmächtige zu Bett; der Engländer verschwand, die Dienstmädchen tuschelten auf dem Gange. Hemd und Unterrock waren stark mit Blut durchtränkt, in den Falten Gerinnselklumpen,

von letzteren mehrere Handvoll im Nachttopf. Cruor ragte aus der Vulva hervor. Zunächst stand also die Blutung und die Ohnmächtige kam zu sich. Der Zusammenhang liess sich ahnen und Sch. explorirte dann nach erfolgter Desinfection. Wieder heftiger Vaginismus, das Scheidengewölbe gedehnt durch bedeutende Cruormassen; in ihm wird rechtsseits ein 2½ cm tiefer und 4 cm langer Riss fühlbar, welcher gleich hinter dem rechten Rande des Scheidentheiles beginnend schräg lateralwärts nach vorn verlief. Umstechung und Vereinigung der Wunde durch 3 Catgutsuturen. Genesung. In Combination mit der späteren Erzählung der Pat. hatte sich der Hergang folgendermaassen gestaltet: die Cohabitation wurde nicht stürmisch ausgeführt, wohl aber setzte der Vaginismuskrampf einen Widerstand entgegen, der plötzlich überwunden wurde. In diesem Momente fühlte die Pat. einen Schmerz, worauf sich der Galan sofort entfernte. Unmittelbar darauf begann die mehrere Stunden anhaltende, heftige Blutung. Verf. schliesst nun, dass sich bei der Cohabitation das Scheidengewölbe in einem krampfhaften Contractionszustande befunden und dadurch jenem — zu Folge der Ueberwindung des Vaginismus — plötzlichen Impetus einen directen Widerstand entgegengesetzt hatte, anstatt wie sonst auf der Höhe des Orgasmus eine Art von Receptaculum zu bilden.

13) A. Prokess: *Sectio caesarea in moribunda. Lebendes Kind.*

Die Uterushöhle wurde mittels fundalen Querschnittes nach Fritsch eröffnet und die Frucht an dem vortretenden linken Fusse rasch extrahirt. Das Kind athmet sofort und schreit lebhaft. Nach manueller Lösung der Nachgeburt wurde die Wunde am Fundus in 2 Etagen mit Seidenknopfnähten geschlossen. Bauchhöhlentoilette und Bauchdeckennaht. Das Ableben der Mutter erfolgte 8 Stunden nach der Operation unter den Erscheinungen von Lungenödem. Die Autopsie ergab Sinusthrombose aus nicht aufgeklärter Ursache, Encephalomalacie.

14) W. F. Sneguireff: *Weiterer Beitrag zur Anwendung von Rennthiersehnenfäden als Naht- und Ligaturmaterial.*

Verf. hat seit seiner ersten Publicirung über diesen Gegenstand (Centralbl. No. 24 1899) die Sehnenfäden bei einer grossen Anzahl von Laparotomien etc. angewandt und so gute Erfolge damit erzielt, dass er sich zu folgendem Schlusssatz berechtigt glaubt: „Antisepsis und Asepsis haben ausserordentliche Fortschritte in der Höhlenchirurgie zur Folge gehabt, aber erst mit Einführung der Sehnenfäden als Naht- und Ligaturmaterial im letzten Jahre des 19. Jahrhunderts ist das Ideal des aseptischen Principes in der Höhlenchirurgie erreicht."

15) F. Walzer: *Ueber Complication von Myom und Schwangerschaft.*

W. hält bei Complication von Schwangerschaft und Myom den künstlichen Abortus für indicirt, wenn nach Lage des Be-

fundes die Geburt eines lebenden Kindes auf natürlichem Wege gar nicht oder nur mit grosser Gefahr für Mutter und Kind möglich ist, wenn die Mutter die Entbindung durch die Sectio caesarea ablehnt, auf ein lebendes Kind von vorneherein verzichtet und nur ihre eigene Gesundheit in Betracht gezogen wissen will.

16) Koblanck: *Nochmals zur Narcose.*

Im Gegensatz zu Czempin betont R., dass die Anwendung der Zungenzange und der Kiefersperre manchmal nicht genügt, um den Eingang in die Trachea frei zu machen. Wird dann nicht rechtzeitig die Epiglottis direct mit dem Finger vorgezogen, so geht Pat. trotz aller anderer Hülfsmittel zu Grunde.

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt New York.

17 West 43. Strasse.

Montag, den 4. Juni 1900.

Präsident Dr. Hermann G. Klotz eröffnet die Sitzung um 8½ Uhr.

Secretär Dr. John A. Beuermann verliest das Protocoll der vorigen Sitzung, welches genehmigt wird.

Vorstellung von Patienten und Demonstration von Präparaten.

Dr. J. W. Gleitsmann (Patienten vorstellend): Es mögen mehrere Herren hier sein, die diesen Patienten am letzten Freitag schon bei Dr. Jacobi gesehen haben. Aber dennoch scheint es mir angebracht, denselben auch hier vorzustellen, da es sich um einen Fall handelt, der verhältnissmässig selten ist und ein schönes laryngoscopisches Bild zeigt. Wie Sie sehen, handelt es sich um einen gut aussehenden Mann von 30 Jahren, über den mir von seinem früheren Arzt berichtet wurde, dass er vor zwei bis drei Jahren an ausgesprochenen Erscheinungen von Lungentuberculose gelitten hat. Es war Husten, Auswurf, Fieber, Abmagerung da. Der Patient ging dann einige Zeit nach Europa, auf acht Monate, erholte sich zusehends und kam bedeutend gebessert zurück. Ich sah den Patienten zum ersten Mal Mitte Mai, und er erzählte mir, dass seine Heiserkeit, an der er jetzt noch leidet, vor 18 Monaten begonnen habe; es wurde ab und zu besser, aber seit zwei Monaten ist sie stationär, und hat er auch leichte Schluckbeschwerden. Die Untersuchung der Lunge, die ich selbst vornahm, ergab ein negatives Resultat. Es ist Temperaturerhöhung da, aber kein Husten vorhanden. Die

Untersuchung des Larynx ergab ein Bild, das mich, wenn ich nicht durch die microscopische Untersuchung eines herausgenommenen Stückes durch die Freundlichkeit des Dr. Heitzmann eines Besseren belehrt worden wäre, für Tuberculose des Larynx gehalten hätte. Sie werden jetzt noch ganz beträchtliche Verengerung im Kehlkopf finden. Die hervorragendsten Veränderungen sind beträchtliche und symmetrische Schwellungen der hinteren Larynxgegend, besonders der Aryknorpel, ferner eine Schwellung der beiden unteren Theile der Arytoenoidalfalten, die gegen den Kehlkopf nach oben zu etwas abnehmen, die aber durch ihre Schwellung die halbkreisförmige Gestalt des Kehlkopfes mehr zu einer spitzigen gemacht haben. Ferner werden Sie bei genauerem Nachsehen auch im Innern des Kehlkopfes selbst noch kleine Wucherungen finden, die vielleicht den Eindruck eines Polypen machen würden. Das Hauptsymptom, das der Patient darbot, als ich ihn zum ersten Mal sah, war eine ganz beträchtliche Geschwulst, die in der Medianlinie des Kehlkopfes lag, anscheinend und, wie sich später herausstellte, auch wirklich mit der Insertionsstelle, mit der Wurzel an der vorderen Commissur, an der vereinigten Stelle der beiden Stimmbänder vorne. Die Geschwulst war gross, für den Kehlkopf natürlich, und senkte sich etwas zwischen die Stimmbänder hinein, so dass a priori zu erwarten war, dass, wenn die Geschwulst entfernt würde, dann die Sprache wieder eintreten würde. Ich habe die Geschwulst ohne irgend welche besondere Anstrengung oder Geschicklichkeit meinerseits mit der gewöhnlichen Schlinge entfernt. Es war meine Absicht, aber ich dachte nicht, dass das mir gelingen würde bei dem ersten Versuch, die Geschwulst in toto zu entfernen — und sie ist in toto entfernt, es ist nicht einmal mehr die Ansatzstelle der Wurzel zu sehen. Es gelang mir, nachdem ich den Patienten cocainisirt, mit der Schlinge einzugehen, unter den Polypen durchzuziehen und dann denselben abzuschnüren. Es ist eine Schlinge die sich in die Kanüle zurückzog, so dass sie leer herauskam. Der Polyp war aber abgeschnürt und ich machte den Patienten darauf aufmerksam zu husten und auszuspucken, und der Tumor wurde in die Schale herausgegeben. Der Tumor ist hier, für den Kehlkopf ziemlich beträchtlich, und ich hatte von dem früheren Lungenbefund und von dem Aussehen des Kehlkopfes die Ansicht gewonnen, dass der ganze Befund des Kehlkopfes ein tuberculöser wäre, und ich dachte bei dem Tumor an einen sog. tuberculösen Tumor. Sie wissen, dass ausser den gewöhnlichen Erscheinungen der Larynxtuberculose sich auch isolirte tuberculöse Tumoren bilden, die verhältnissmässig selten sind, deren Existenz aber constatirt ist. Herr Dr. Heitzmann, der so freundlich war, den Tumor zu untersuchen, hat aber eine Diagnose gemacht, derzufolge keine Tuberculose des Kehlkopfes anzunehmen ist, sondern eine Geschwulst, die nicht gerade sehr bösartig ist, aber doch immerhin bösartiger als vielleicht eine tuberculöse Geschwulst, die man durch Eingriff entfernen könnte.

Augenblicklich befindet sich der Patient in verhältnissmässig gutem Zustand. Er kommt ziemlich regelmässig in meine Office und ich behandle ihn rein symptomatisch. Aber selbst unter dieser symptomatischen Behandlung ist der Patient besser geworden. Er hat die Schlingbeschwerden fast ganz verloren und versichert mir — ich habe das selbst nicht wahrnehmen können — dass auch zeitweise die Sprache klarer wird. Dieselbe ist jetzt leider nicht klar, aber er sagt mir, dass er am Morgen schon öfter deutlich sprechen könne.

Ich habe das Laryngoscop mitgebracht für den Fall, dass einer der Herren den Fall näher besehen will.

Discussion: Dr. Louis Heitzmann: Vor einigen Wochen ersuchte mich Dr. Gleitsmann um Untersuchung des Präparats, welches hier herumgezeigt wurde. Dr. Gleitsmann bat mich, es auf Tuberkelbacillen zu untersuchen, denn er glaubte, er hätte es mit einer Tuberculose zu thun. Das macroscopische Aussehen des Präparates sprach aber nicht sehr für Tuberculose. Ich habe eine ganze Menge von Präparaten von Tuberculose des Larynx gesehen, aber nie eines, welches so gross war wie dieses hier. Nachdem es geschnitten war, fand ich, dass von Tuberculose überhaupt keine Spur da war. Um Tuberculose zu haben, müssen wir Granulationsgewebe haben. Hier aber war absolut kein Granulationsgewebe vorhanden, d. h. ein Gewebe, welches aus Lymphkörperchen besteht, sondern im Gegentheil eine grosse Menge von fibrösem Bindegewebe mit einer mässigen Anzahl von neugebildeten und hypertrophischen Drüsen. Die Diagnose war also ganz klar: ein Fibroadenom. In verschiedenen Theilen des Präparats sah man ausserdem grob granulirte, theilweise mit Kernen versehene Körperchen, welche sehr suspecte Sarkomkörperchen waren. Dieselben waren jedoch nicht besonders zahlreich, und ich konnte deshalb nicht die Diagnose eines ausgesprochenen Sarcoms machen, möchte aber die Diagnose eines wahrscheinlich beginnenden Sarcoms als die richtige betrachten. — Dr. E. Danziger: Wenn man den Hals des Patienten untersucht, so kann man auch einige Lymphdrüsen vergrössert fühlen, was jedenfalls auch dafür spricht, dass der Process sarcomatös ist und nicht ein einfaches Adenom. Da keine Tuberculose vorliegt, so wäre sonst die Vergrösserung gar nicht zu erklären. Es sind gerade die Sarcome, bei denen man die Lymphdrüsen früher vergrössert findet.

Dr. Carl Beck: Patienten mit Aneurysma vorstellend, der in voriger Sitzung wegen plötzlicher Unpässlichkeit nicht erschienen war.

Meine Herren, ich habe in der vorigen Sitzung über diesen Patienten berichtet, der mir ursprünglich wegen Aneurysma der subclavia zugeschickt worden war. Ich liess ihn damals photographiren, und wenn ich nicht im Besitz eines guten Bildes wäre, würden Sie sich aus der Anschauung der Person des Patienten

kaum vorstellen können, dass derselbe jemals so ausgesehen hat. Ich habe damals ernstlich darüber nachgedacht, ob ich eine Unterbindung vornehmen oder Galvanopunction oder Gelatininjection wählen sollte, und während der Zeit, die mit der Beobachtung und den Roentgenaufnahmen verflossen, gab ich dem Patienten Jodkali und war ungeheuer erstaunt, schon nach 2 Wochen die Geschwulst bedeutend kleiner zu finden. Dieselbe hatte so deutlich pulsirt, dass über ihre Natur kein Zweifel herrschen konnte. Nach vier Wochen war die Geschwulst vollständig verschwunden. Ich will keine weiteren Bemerkungen an den Fall anknüpfen, sondern gebe denselben nur als eine Beobachtung, die mich in grosses Erstaunen gesetzt hat, an berufenere Beurtheiler.

Discussion. Dr. E. Sternberger: Ich möchte mir die Frage erlauben, ob zu der Zeit ein Oedem im rechten Arm vorhanden war. Die Abwesenheit des Pulses veranlasst mich zu dieser Frage. — Dr. Carl Beck: Nein.

Dr. Carl Beck: Fall von Hydrencephalocele vorstellend.

Meine Herren, Sie werden diesen seltenen, Ihnen hier vorstelligen Fall, in mehr als einer Hinsicht von Interesse finden. Er betrifft einen fünf Wochen alten, wohlgenährten und im Ganzen völlig normalen Knaben, welcher einen congenitalen Tumor zeigt, der von der Nasenstirngegend projicirt erscheint und nach unten direct oberhalb dem Nasenflügel aufliegt. Derselbe ist durchscheinend, hat eine sphärische Gestalt, zeigt keine Pulsation und seine Grösse entspricht ungefähr der einer Orange. Bei der Geburt war die Geschwulst um ein Weniges kleiner gewesen. Die Tumorenwand war dünn und die bedeckende Haut erschien normal. Während das Kind schrie, zeigten sich deutliche Contractionen, so dass sie dann etwas kleiner wurde. Die Famliengeschichte ergibt nichts besonderes. Der Vater ist ein deutscher Lohnarbeiter, die Mutter eine New Yorkerin. Beide Eltern sind sehr anämisch. Die Mutter ist eine Multipara (hatte im Ganzen fünf Kinder).

Da ich in der Tiefe kein deutliches Resistenzgefühl nachweisen zu können glaubte, so stellte ich in Rücksicht auf die ausgeprägte Fluctuation die Diagnose ursprünglich auf Meningocele. Ein alsbald angefertigtes Skiagramm liess jedoch einen circumscripten Schatten im Geschwulstrayon erkennen, so dass ich doch wohl annehmen musste, dass es sich dort um Gehirnsubstanz handeln müsse, es sich also um eine Hydrencephalocele handelte. Die Operation bestätigte diese Ansicht durchaus. Nachdem die Flüssigkeit entleert war, stiess ich auf einen kleinen kugeligen Tumor, welcher sich bei näherer Betrachtung als Hirnmasse erkennen und sich nach Ablösung seiner Umgebung nach innen reduciren liess. Nach ausgiebiger Loslösung des Periosteums konnte der Defect überdacht und gut geschlossen werden. Der Verband wurde, um einen continuirlichen Druck auszuüben aus Jodoformgaze-collodium hergestellt.

Wie Sie sehen, befindet sich das Kind heute, neun Tage nach der Operation, sehr wohl. Die Heilung war per primam intentionem erfolgt. Die Operation war ohne Narcose vorgenommen worden. Behufs Blutsparung wurde eine kranzförmige prophylactische Naht um die Basis der Geschwulst herum geführt. Trotzdem der Blutverlust minimal war, hatten sich doch ziemliche Shokerscheinungen eingestellt, welche 1½ Stunde bis nach beendeter Operation währten. Das auffallendste Symptom war langsame Athmung und sehr ausgesprochene Anaemie gewesen. Beim Studium des Roentgenbildes wird Ihnen auffallen, dass der Nasenansatz des Stirnbeines scharf abschneidet und erst unterhalb der Geschwulst das Nasenbein zu sehen ist. Meines Wissens ist eine derartige Diastase bis jetzt noch nicht nachgewiesen worden; ein neuer Beweis davon, was wir den Roentgenstrahlen Alles zu danken haben.

Nun giebt es hierzu eine noch recht interessante Geschichte. Im August vorigen Jahres behandelte ich die Mutter des Kindes, welche in Folge eines Sturzes vom 4. Stockwerk einen dreifachen Rippenbruch, eine Olecranonfractur und eine Contusion des Knies erlitten hatte. Zu jener Zeit ging sie über einen Monat mit diesem Kinde schwanger, und es ist sehr wahrscheinlich, dass die Verletzung einen indirecten Einfluss auf diese „Hemmungsbildung" hatte. Es lässt sich das freilich nicht beweisen, und ich gebe meine Erfahrung nur als einen weiteren Beitrag zur Theorie der mütterlichen Impression. Es ist wohl kein Zweifel, dass die weitere Entwicklung dieses Falles eine günstige sein wird. Ich nahm gestern wieder ein Bild, das nicht so schön ausfiel, als das erste; aber Sie können doch daraus sehen, dass das Nasenbein dem Stirnbein ein klein wenig näher gerückt ist. Das Kind erfreut sich heute, sieben Wochen nach der Operation, des besten Wohlseins.

Dr. Joseph Wiener, Jr.: Präparat von Intussusception bei einem Säugling.

Dieses Präparat von Intussusception ist ziemlich selten und, wie ich glaube, von einigem Interesse. Es stammt von einem Kind von 6 Monaten, das vor drei Wochen im Mt. Sinai Hospital aufgenommen wurde. Die Krankengeschichte ist folgende. (Liest.)

Sie sehen, dass eine alte unreducirte Invagination vorhanden ist. Dieselbe war ganz durchgängig, und das Kind hätte mit diesem Zustand ruhig weiter leben können. Die verdoppelte Invagination bei Kindern ist fast immer letal, bei Erwachsenen auch, bei Kindern aber beträgt die Mortalität 99 Procent.

Präsident Dr. Hermann G. Klotz: Aus der letzten Sitzung des Verwaltungsrathes habe ich Ihnen mitzutheilen, dass derselbe die sofortige Bezahlung der Rechnung über das Jacobialbum nebst Extraausgaben, welche über den stipulirten Preis erwachsen waren, gutgeheissen hat. — Ferner hat der Verwaltungsrath auf Antrag des Schatzmeisters beschlossen, dem Ver-

ein zu empfehlen, den Namen des Dr. N. Oppenheim wegen Nichtzahlung seiner Beiträge von der Mitgliederliste zu streichen.

Dieser Antrag wurde zur Abstimmung gebracht und angenommen.

Ich habe ferner die folgende Zuschrift von Herrn Dr. A. Jacobi erhalten. (Liest.)

Dr. J. W. Gleitsmann: Als ich vor Jahren die Ehre hatte, Präsident der Gesellschaft zu sein, war eine ähnliche Veranlassung gegeben, Herrn Dr. Jacobi mit einer Adresse zu beglückwünschen, und er hat dann selbst darauf geantwortet. Es wurde damals vom Verein beschlossen, die Adresse, die ich als Präsident mit Dr. Willy Meyer übergeben hatte, dem Archiv des Vereins einzuverleiben, damit sie nicht verloren ginge, und ich möchte den Antrag stellen, diesen Brief von Dr. Jacobi ebenfalls dem Archiv einzuverleiben.

Dieser Antrag wird unterstützt und angenommen.

Dr. C. Beck: Ueber Irrthümer der Röntgographie.

Discussion. Dr. Franz Torek: In Bezug auf Fehler der Röntgographie ist mir augenblicklich nur ein Fall im Gedächtniss, der aber sehr lehrreich war. Ich sah einen Fall in Consultation, in dem ich mit den üblichen diagnostischen Mitteln der Palpation und Inspection, sowie der Beweglichkeit eine alte Fractur des Processus coronoideus constatirte. Diese Läsion war aber vorher nicht constatirt worden, weil der betreffende Arzt sich ganz und gar auf die Röntgographie stützte. Er hatte eine Röntgenphotographie nehmen lassen, mit dem Arm so gelegen, dass der Rücken der Hand auf der Platte lag, und die Verschiebung des Processus coronoideus zeigte sich in der Stellung absolut gar nicht, während doch eine so bedeutende Verschiebung da war, dass der Patient den Arm nicht mehr bis zum rechten Winkel flectiren konnte. Hätte in diesem Fall der Arzt zwei Röntgographien genommen, eine von vorn und eine von der Seite, so wäre er gewiss nicht in den Fehler gefallen; und so zeigen ja auch viele von diesen schönen Bildern, dass auf dem einen von einer Seite die Gliedmassen vollständig normal aussehen, während von der anderen Seite gesehen die Fractur sich deutlich zeigt. Als gute Lehre daraus, die ich mir schon längst zog — es ist das eine Art Corollarium der Untersuchungsmethoden — ist es sehr gut, wenn irgend eine neue Untersuchungsmethode aufkommt, dass man nicht gleich denkt, jetzt ist das erreicht, was uns alle Räthsel lösen wird. So glaubte man sofort, als das Tuberkulin aufkam, dass man mit demselben immer die Frage des Vorhandenseins einer Tuberculose lösen würde. So glaubte man später, dass das Röntgenbild jede Frage durchaus lösen würde. Das ist bei der Röntgographie viel eher der Fall, als in anderen Methoden, aber es bleibt immerhin gut, dass man die alten Methoden, die seit Jahrhunderten ausgearbeitet worden sind, nicht beiseite legen soll, sondern erst in der althergebrachten Form

seine Untersuchungen mache und dann die neue Methode sich noch weiter zu Nutzen macht, um die Folgerung zu bestätigen, die man durch die frühere Untersuchung gewonnen hat. — Dr. J. W. Gleitsmann: Ich möchte zu dem Vortrag auf einen Irrthum in Bezug auf die Sondirung der Stirnhöhle aufmerksam machen. Es ist von einigen Herren ganz mit Recht die Sondirung der Stirnhöhle von der Nase aus gemacht worden, und um zu verificiren, dass die Sonde wirklich in der Stirnhöhle ist, wurden die Röntgenstrahlen angewendet. Es zeigte sich da in manchen Fällen ein ganz merkwürdiger Umstand. Bei Patienten, die internasal sondirt wurden und bei denen der Arzt ganz bestimmt glaubte, er sei in der Stirnhöhle, ergab sich, dass die Sonde gar nicht in der Stirnhöhle war, obwohl ein Abfluss des Eiters von der Stirnhöhle stattfand. Der Vortrag von Dr. Beck hat mich sehr interessirt, obwohl ich auf einem anderen Felde arbeite, aber er war so ausgezeichnet ausgearbeitet, dass er jedem zu denken geben muss. Er hat auch mir zu denken gegeben, und was mich besonders veranlasst hat, zu sprechen, ist der Umstand, den Dr. Beck erwähnt hat, dass die Beleuchtung der afficirten Theile von verschiedenen Stellen aus, wie bei Bruch der Tibia von hinten keine Abnormität ergab, während von der Seite der Bruch constatirt wurde. So kann ich mir in dem von mir erwähnten Fall erklären, dass die Strahlen wahrscheinlich nicht in der Richtung angewandt waren, oder wenigstens nur in einer Richtung, so dass die Vermuthung dem Arzt zur falschen Gewissheit wurde, dass die Sonde in der Stirnhöhle lag. Später wurde die Eröffnung der Stirnhöhle gemacht, und es ergab sich dann, dass die Sonde gar nicht darin war. — Dr. Carl Beck (Schlusswort): Auch die mit der wachsenden Erfahrung sich mehrende Erkenntniss unserer Irrthümer kann meinen Enthusiasmus für die Röntgenstrahlen nicht dämpfen. Je mehr man sich in die neue Lehre versenkt, desto mehr wird man davon überzeugt, dass die Entdeckung der Röntgenstrahlen einen der grössten Fortschritte bedeutet, welche die Medicin überhaupt aufzuweisen hat. Sicherlich werden wir im Laufe der nächsten Jahre noch viel mehr practische Vortheile aus ihnen ziehen können. Wir werden sie durch immer strictere Methoden controlliren, als wir jetzt ahnen. Wer sich die Zeit und Mühe nimmt, sich genau genug mit den Röntgenstrahlen zu beschäftigen, der wird und muss mir Recht geben und ich komme auf das zurück, was ich vorhin sagte: „Die Röntgenstrahlen lügen nicht," sondern wir in unserer mangelhaften Kenntniss haben eben noch Viel zu lernen, bis wir die besten Methoden zur Ausbeute schaffen. Dann erst werden wir die reifen und werthvollen Früchte von diesem jungen Baume pflücken können.

Dr. H. Riedel: Homunculus Paracelsi, ein anagrammatischer Orakelapparat; Experimentalbeiträge zur Geschichte der Wissenschaften auf Grundlage des altchinesischen Buches der Wandlungen Ic-King. (Liest.)

Präsident Dr. H. G. Klotz: Da alle abgegebenen Stimmen zu Gunsten des Candidaten Dr. F. W. Thum lauten, erkläre ich ihn als reguläres Mitglied aufgenommen.

Secretär Dr. A. Rose theilt noch mit, dass Herr Dr. Ernst Schalck seine Resignation eingereicht hat. Da seitens des Schatzmeisters kein Einwand gemacht wird, so beschliesst die Versammlung, die Resignation anzunehmen.

Schluss und Vertagung.

Dr. John A. Beuermann, prot. Secretär.

FEUILLETON.

Die angebliche Syphilis in den „Cent nouvelles Nouvelles.“ *)

Von Dr. Iwan Bloch in Berlin.

In der um die Mitte des 15. Jahrhunderts, also vor dem Ausbruche der grossen Syphilisepidemie, nach Art des Decamerone geschriebenen französischen Novellensammlung der „Cent nouvelles Nouvelles“ kommt eine Stelle vor, welche seit Hensler, der zuerst auf dieselbe aufmerksam machte, auf Syphilis bzogen wurde. Wie uns scheint, mit Unrecht. Hören wir zunächst, was der bedeutendste neuere Syphilishistoriker Proksch über diese Stelle sagt:

> „Dass die Condylome ebenso wie im Alterthum und bei den Arabern auch von den abendländischen Völkern des Mittelalters, sowohl von Aerzten und Laien, mit den Hämorrhoidalknoten wie wohl auch mit anderen Erkrankungen des Afters verwechselt, zusammengeworfen, dann aber auch verdächtigt und auf eine unsaubere Aufführung des davon Befallenen zurückgeleitet wurden, beweist eine, ausserdem noch in anderer Beziehung äusserst interessante, von Hensler aufgefundene Nouvelle, worüber wir ihm selbst das Wort lassen wollen: „Die Hämorrhoiden,“ sagt Hensler einleitend, „waren nicht nur bei den Aerzten sehr verrufen, sondern sie waren es auch im gemeinen Leben. Man hielt sie für ein arges, hässliches, immer hartnäckiges und selbst oft tödtliches Uebel, weil man alles dazu rechnete, was sich Arges und Unreines am After begab. Man nannte sie Broches, von deren Ursprung selbst die Laien in der Medicin sehr zweideutig dachten, so zweideutig, als die Aerzte es auch thaten.“ Und nun als Beleg dafür sagt Hensler in der Anmerkung: „Die damals so beliebten Cent Nouvelles sind zwischen 1457 und 1461 geschrieben, in welcher Zeit Ludwig XI., als Dauphin, sich beim Herzog Philipp von Burgund aufhielt. S. Vorrede, Nouvelle 2. Ein reicher Kaufmann zu London hatte eine schöne artige Toch-

*) Wiener Med. Wochenschrift, 1900, No. 16 und 17.

ter, um deren Gunst sich Viele bewarben. Advint toutefois, ou que Dieu le permist, ou que fortune la voulut et commenda, envieuse et mal contente de la prosperité de cette belle fille, de ses parens, ou de tous deux ensemble; au espoir d'une secrete cause et raison naturelle, dont je laisse l'inquisicion maladie, que communement on appelle broches. La doulce maison fut tres largement troublee u. s. w. Die Traurigkeit und die Furcht der Eltern und der Tochter waren sehr gross, und von allen Seiten her ward Hilfe gesucht. Les medécins virent apertement le grand meschief, qui fort la tourmentoit. Sie wandten alles an gegen ce detresseux mal. Man liess går einen Maitre Cordelier, der nur ein Auge hatte, kommen, der das andere beim Curiren dazu verlor und wodurch das mauldit (maudit) mal de broches bekannt wurde. Man muss aus den Schriften der Aerzte es wissen, wie vielbedeutend und arg die Hämorrhoiden der Zeit waren, um die Grösse des Uebels zu begreifen, das so ein hübsches Mädchen befing; sonst versteht man die Geschichte nicht." Dieser Fall ist freilich nicht über jeden Zweifel gestellt, doch lässt sich nach allen Einzelheiten kaum an etwas anderes denken, als woran Hensler dachte."

Soweit Prokesch. Das klingt alles sehr geheimnissvoll und verdächtig. Aber unwillkürlich stellt der Skeptiker und Kritiker die Frage: Wodurch verlor dieser unglückliche Maitre Cordelier sein Auge? Wodurch wurde das hässliche Uebel des schönen Mädchens so sehr bekannt? Seien wir doch vorsichtig, bedächtig, objectiv in unseren Urtheilen. Verdunkeln wir nicht durch eine gewisse Voreingenommenheit, welche in der Geschichte der Syphilis schon viel Unheil angerichtet hat, einen einfachen und klaren Thatbestand, der freilich hypothetischen Annahmen sich wenig willfährig zeigt. Vor 100 Jahren, wo alles mögliche zur Syphilis gerechnet wurde: venerisches Geschwür, einfache Genitalgeschwüre, condylomatöse und papillomatöse Affectionen nicht syphilitischer Natur, sogar der Tripper, konnte man in jeder irgendwo beschriebenen örtlichen Affection der Genitalien und des Afters Syphilis vermuthen. Heute ist das nicht mehr gestattet. Der wissenschaftliche Forscher muss, so lange es noch zahlreiche andere Möglichkeiten der Erklärung giebt, in seinem Urtheile über die Frage: War das Syphilis oder nicht? sehr vorsichtig sein. Wir erkennen an, dass Prokesch in dem vorliegenden Falle diese Vorsicht hat walten lassen, indem er gegenüber den unklaren Aesserungen des von ihm so sehr verehrten Hensler seine Zweifel nicht zurückhält. Wir haben aber diese Geschichte im Original etwas näher untersucht und finden, dass sie auf alles andere eher deutet als auf Syphilis. Sie bildet den Inhalt der zweiten Novelle jener obengenannten Sammlung, die in einer neueren vortrefflichen Ausgabe vor uns liegt:

Ein reicher Kaufmann in London besitzt eine schöne Tochter, die alle gleichaltrigen Mädchen an Schönheit, Güte und Freundlichkeit übertrifft (bonté, beaulté et genteté). „Et ou temps que ce très eureux bruyt et vertueuse renommée d'elle surdoit, en son

quinziesme an ou environ, Dieu scet si plusieurs gens de bien desiroient et pourchassoient sa grace par plusieurs et toutes fassons en amours acoustumées, qui n'estoit pas ung plaisir petit au père et à la mère d'elle. — Advint toutefois (folgt die oben von Hensler citirte Stelle). La doulce maison fut très largement troublée, quand en la garenne (Ort, Bezirk) que plus chère tenoient les dietz parens, avoient osé lascher (hetzen) les levriers et limiers à ce desplaisant mal, et que plus est, toucher sa proye en dangereux et dommageable lieu." Das ganze Haus ist in Trauer. Eine Matrone wendet vergebens heilsame Kräuter an. Es kommen die Aerzte Meister Peter, Johann, X., Y. u. s. w., qui veullent veoir la paciente ensemble, et les parties du corps à descouvert où ce maudit mal de broches s'estoit, helas! longuement embusché (verborgen). Die Tochter widersetzt sich anfangs dieser indiscreten Inspection, bis es den Eltern gelingt, ihren Widerstand zu beseitigen, et fut mise sur une cousche, les dens dessoulz (mit dem Gesichte zur Erde gewandt), et son corps tant et si trèsavant descouvert que les medicins virent apertement le grant meschef qui fort la tormentoit. Sie verordnen Clystiere, Puder, Salben, und was ihnen gut scheint. Aber nichts hilft. Nach einigen Tagen wird dann ein alter Franciscaner (cordelier) gerufen, der einäugig (borgne) ist, sich viel mit Medicin beschäftigt hat und auch als echter Charlatan mit einer wunderbaren Arznei versehen ankommt. „Et quand vint l'heure qu'il voult besoigner et la paciente mediciner, on la print comme autrefois, et sur la cousche tout au plus bel qu'on peut fut à bouchons (auf den Bauch) couchée, et son derrière descouvert assez avant, lequel fut incontinent (sogleich) par matrones d'un beau blanc drap de linge garny, tapissé (bedeckt) et armé (geschützt); et à l'endroit du secret mal fut fait ung beau pertus (durchlöchertes Geflecht), par le quel damp cordelier le povoit apertement choisir (betrachten). Il regarde ce mal puis d'un costé, quis d'aultre; maintenant le touche d'un doy (Finger) tant doulcement, une aultre foiz y souffle la pouldre dont mediciner la vouloit; or regarde le tuyau (Rohr) dont il voult souffler ladicte pouldre par dessus et dedans le mal; ore retourne arrière et jette l'oeil de rechef sur ce dit mal, et ne se peut saouler (sättigen) de assez regarder. A chef de peche (nach einiger Zeit), il prend sa pouldre à la main gauche, mise en une beau petit vaisseau plat, et de l'aultre son tuyau que emplir vouloit de la dicte pouldre, et comme il regardoit très ententivement et de très-près par ce pertus et à l'environ le destresseux mal de la pouvre fille, si ne se peut elle contenir, voyant l'estrange fasson de regarder à tout ung oeil de nostre cordelier, que force de rire ne la surprint, qu'elle cuida (glaubte) longuement retenir; mais si mal, helas! luy advint, que ce ris à force retenu fut converty en ung sonnet (sonnet mittelarterl. = pet, flatus) dont le vent retourna si très à point la pouldre que la plupart il fist voler contre le visage et sur l'oeil de ce bon cordelier, lequel sentent ceste doleur, habandonna tantost et vaissel

et tuyan, et à peu qu'il ne cheut à la renverse, tant fut fort effrayé. Et quand il rent (wieder bekommt) son sang, il met tout à haste la main à son oeil, soy, plaignant durement, disant qu'il estoit homme deffait (geschlagen) et en dangier da perdre ung bon oeil qu'il avoit. Il ne mentit pas, car en pou de jours la pouldre, qui corrosive estoit, luy gasta et mengea (zerstören) l'oeil, et par ce point aveugle fut et demoura." Er verlangt für den Verlust des zweiten Auges eine so grosse Entschädigung, dass es zum Processe vor dem Londoner Parlamente kommt. Dadurch wird die Sache aller Welt bekannt. Die Jungfrau spielt natürlich eine lächerliche Rolle dabei, wird aber bald von ihrem Leiden geheilt.

Analysiren wir diese tragikomische Geschichte, so ergiebt sich Folgendes: Ein junges, ungewöhnlich schönes Mädchen, Tochter eines reichen Kaufmannes, wird bereits in ihrem 15. Lebensjahre von den jungen Männern stark umworben. Man sucht ihre Gunst durch „mehrere und alle Arten der gewöhnlichen Liebesbezeugungen" zu gewinnen. Das Mädchen erkrankt bald darauf an einem hässlichen Leiden der Aftergegend, an einem Orte, welchen die Eltern ängstlich gehütet haben, den „aber die darauf gehetzten Jagdhunde zu ihrer Beute gewählt haben." Weise Frauen und viele Aerzte versuchen ihr Heil. Endlich kommt ein alter, einäugiger Franciscaner, versehen mit einem scharfen Aetzpulver. Man bringt das Mädchen in eine sehr unbequeme Stellung, so dass das Gesäss frei liegt, welches durch Tücher verdeckt wird. Der Anus selbst bleibt dem Auge zugänglich, damit das Uebel genau besichtigt und behandelt werden kann. Der brave Mönch hat ein Rohr mitgebracht, durch welches er das Pulver auf de kranke Stelle blasen will. Er berauscht sich förmlich an dem wunderbaren Anblick. Er macht sich allerlei zu schaffen, um denselben möglicht lange zu geniessen. Auf das Mädchen in seiner kitzlichen Lage wirkt der Anblick dieses komischen einäugigen Charlatans sehr erheiternd. Sie muss mit Gewalt ihr Lachen zurückhalten. Als er aber plötzlich mit dem Gesichte dieser Stelle ganz nahe kommt und auf eine ganz sonderbare Weise den Ort des Unglücks betrachtet, da „verkehrt" sich das mit Gewalt zurückgehaltene Lachen in einen anderen allzu menschlichen Ton, welcher das von dem unglücklichen Mönche in einer Schale bereit gehaltene Aetzpulver ihm in's Auge bläst. Eine heftige Entzündung hat den Verlust dieses zweiten Auges zur Folge. Eine Entschädigungsklage bringt die ganze tragikomische Affaire vor die Oeffentlichkeit.

Der Charlatan verlor also sein zweites Auge durch ein entzündungserregendes Medicament, nicht durch die Syphilis. Die ganze Sache wurde sehr bekannt, nicht weil es sich um Syphilis handelte, sondern weil eine Entschädigungsklage erfolgte und weil der Hergang doch allzu lächerlich war.

Wie kann man überhaupt bei dem Leiden des jungen Mädchens auf Syphilis schliessen? Es sind zwar verschiedene Deutungen möglich. Aber keine lässt sich für Syphilis verwerthen.

Eine sehr ideale Deutung würde einfache Hämorrhoiden annehmen, in welchem Sinne das Wort „broches" fast stets vorkommt. Das Mädchen war erst 15 Jahre alt. — Nicht selten sieht man in der Pubertätszeit bei cholortischen jungen Mädchen Hämorrhoiden auftreten.

Wir möchten uns aber mehr der zweiten realen Deutung anschliessen. Im Anfange der Erzählung heisst es, dass die jungen Männer sich um die Gunst dieser Schönen durch alle damals gewöhnlichen Liebesbezeugungen zu bewerben suchten. Die Paedicatio war nun damals ein weit verbreitetes sexuelles Befriedigungsmittel und unter dem geschmackvollen Namen „souffler au cul" (z. B. Bd. I, S. 279 u. ö.) kommt sie denn auch in unserer Novellensammlung vor. Sie soll nach Mantegazza in Frankreich „ziemlich allgemein nach den Kreuzzügen eingeführt worden sein". Jedenfalls wimmeln die gleichzeitigen Schriften der schönen Literatur von Anspielungen auf dieses unnatürliche Laster. Man lese z. B. das etwas spätere berüchtigte Heptameron der Margarethe von Valois. Die Paedicatio mulieris geschah nicht etwa blos aus Furcht vor einer Schwängerung, sondern wurde als besonderes sexuelles Raffinement geübt. Wurde sie, wie es wahrscheinlich ist, auch in diesem Falle in Anwendung gezogen, dann kann man ganz ungezwungen das „Mal de broches" auf irgend eine durch den Coitus per anum hervorgerufene örtliche Affection beziehen. Und von solch' einer örtlichen Affection ist stets die Rede. Nirgends ist eine Andeutung, dass es sich um eine constitutionelle Erkrankung wie Syphilis gehandelt habe. Man kann an einen Mastdarmcatarrh oder eine Rectalgonorrhoe mit consecutiven Hämorrhoiden oder spitzen Condylomen denken, man kann auch ein venerisches Geschwür nicht ausschliessen. Letzteres könnte aus einer Anmerkung geschlossen werden, die der Kritiker Duchat zu dieser Stelle gemacht hat: „Broches, selon Nicot, sont les hemorrhoides, ou fistules encore plus dangereuses que les hemorrhoides.

Doch auch ohne die Voraussetzung der Paedicatio kommen die verschiedensten örtlichen krankhaften Veränderungen in der Aftergegend vor. Ich werde in meinem Buche über den „Ursprung der Syphilis" ausführlich die ganze Frage der angeblichen Existenz der Syphilis des Anus im Alterthum und Mittelalter erörtern. In dem vorliegenden Falle ist man sicher nicht berechtigt, eine syphilitische Erkrankung anzunehmen, da auch nicht der Schatten eines Beweises dafür beigebracht werden kann. Dagegen sind nach Tarnowsky auch ohne vorherigen sexuellen Missbrauch Ulcera mollia am Orificium ani „eine alltägliche Erscheinung." Kenner der Regio analis — diese sind zu zählen, da die meisten Aerzte sich stets mit einer flüchtigen und oberflächlichen Inspection dieses gern übersehenen Körpertheiles begnügen — werden wissen, was alles ohne Syphilis hier vorkommen kann.

Ein Beweis also, dass es sich hier um Syphilide handle, ist

nicht erbracht, und die oben ausführlich mitgetheilte heitere Geschichte kann auf keinen Fall für diese Diagnose verwerthet werden, da die scheinbar überraschenden Facta auf eine ganz natürliche Weise ihre Erklärung finden.

Therapeutische und klinische Notizen.

— *Therapeutische Erfahrungen mit Citrophen.* Unter diesem Titel veröffentlicht F. Kornfeld (Therapeutische Monatshefte, Sept. 1900) die Resultate, die er mit Citrophen in einer grossen Anzahl von Krankheitsfällen erzielt hat. Die Ergebnisse seiner Behandlung mit Citrophen haben ihn dermaassen zufrieden gestellt, dass er überzeugt ist, dass „kaum irgend einem der zahllosen neuen pharmaceutischen Präparate, welche uns die letzten zehn Jahre beschert haben, ein nur annähernd gleicher Werth zukomme, wie dem gegenwärtig etwa zwei Jahre eingebürgerten und bewährten Citrophen (Roos).“ Die Schlussfolgerungen aus seiner Arbeit sind folgende: „Das Citrophen ist ein vorzügliches, durchaus bewährtes neueres Medicament, das in Folge seiner prompten und zuverlässigen antipyretischen, antirheumatischen Wirkung bei Gelenkaffectionen acuten und subacut-chronischen Characters dem Natr. salicyl. an die Seite gestellt zu werden verdient, alle anderen Antirheumatica aber ganz gewiss weit übertrifft. Sein angenehmer Geschmack und seine absolute Unschädlichkeit sind zudem sehr willkommene Eigenschaften, die seiner Anwendung das weiteste Feld eröffnen. Es eignet sich als Antipyreticum bei fieberhaften Zuständen (Anginen, acuten Exanthemen der Kinder, Typhus abd.) ganz ausgezeichnet. Bei Influenza wirkt es in ganz verlässlicher Weise fieberbekämpfend, erfrischend und in der Regel binnen 24 bis 48 Stunden direct heilend. Seine absolute Unschädlichkeit und das Fehlen jedweder Nebenwirkung sichern dem Citrophen den Vorzug vor jedem anderen neueren Nervinum oder Antipyreticum. Als Mittel gegen Kopfschmerz, Migräne, nervöse Störungen, wie Neuralgien, hysterische und hystero-epileptische Anfälle leistet es sehr zufriedenstellende Dienste. Insbesondere bei Migräneanfällen, in denen alle möglichen Mittel nutzlos geblieben waren, ist sein Effect ein nahezu specifischer zu nennen. Citrophen darf nach alledem mit Fug und Recht als eines der allerbesten der in den letzten Jahren dem Arzneischatze eingefügten Mittel bezeichnet werden.“

— Prof. Wilcox (New York) berichtet über 80 Fälle von Neuralgie, Migräne, Neurasthenie, Enuresis nocturna, Hysterie etc., in denen er mit sehr gutem Erfolge *Kryofin* anwandte. Dasselbe fand er in seiner schmerzstillenden Eigenschaft nicht so absolut sicher wie Opium, aber weitaus gefahrloser wie dieses; bei seinem Gebrauche tritt keine

Gewöhnung ein und es verursacht keine Constipation. Da es rasch wirkt und fast ebenso rasch wieder ausgeschieden wird, ist eine leichte und sichere Dosirung ermöglicht. Es beeinträchtigt weder Circulation und Respiration, noch stört es die Verdauung. Die Durchschnittsdosis beträgt 10 Gran, doch kann bis zu 20 Gran pro dosi und 60 Gran pro die verabreicht werden, und zwar am Besten als Pulver oder gelöst in Glycerin als Zusatz zu einem aromatischen Elixir. (The Medical Fortnightly, 1. Aug. 1899.)

— In der Sitzung vom 5. März ds. Jhrs. im Verein für innere Medicin zu Berlin sprach F. Blumenthal über *Sidonal, ein neues Gichtmittel.* Er begrüsste es mit Freuden, dass Weiss im Bunge'schen Laboratorium in der Chinarinde ein Präparat fand, das im Stande ist, die Harnsäurebildung im Organismus zu hemmen und auf diese Weise also dasjenige Moment, das für die Erkrankung an Gicht von so besonderer Wichtigkeit ist, zu verhüten. Man hat es nun verstanden, die Chinasäure in eine möglichst angenehme, zweckmässige und gut dosirbare Form zu bringen und zu diesem Behufe eine Verbindung von Chinasäure und Piperazin hergestellt. Auf diese Weise ist ein Product gewonnen, welches, da es gleichzeitig einen die Neubildung der Harnsäure verhindernden und einen zweiten, die Harnsäure lösenden Bestandtheil enthält, nun vielleicht in doppeltem Maasse geeignet ist, einen therapeutischen Effect bei der Gicht auszuüben. B. hat mit Lewin das Präparat auf der Leyden'schen Klinik geprüft, und es zeigte sich dabei, dass dieses Mittel in der That die Harnsäurebildung in ganz emminenter Weise verringert. Wenn sie 5—8 g Sidonal pro Tag gaben, so gelang es ihnen, die tägliche Harnsäurebildung bezw. -Ausscheidung um 40—50 Prozent herabzusetzen. An Stelle der Harnsäure trifft man dann im Harn eine andere, sehr leicht wasserlösliche Säure, die Hippursäure.

In der Discussion schliesst sich Prof. v. Leyden den Ausführungen Blumenthal's an und spricht seine Meinung dahin aus, dass es sich hier unstreitig um ein ausserordentlich merkwürdiges und bedeutsames Präparat handelt, welches im Stande ist, die Bildung der Harnsäure im Körper sehr erheblich herunterzusetzen. Ein Medicament, wie das Sidonal, dessen Anwendung auf das Rationellste begründet ist, wird daher eine bedeutende Zukunft haben. v. Leyden hat sowohl auf seiner Klinik, als auch in der Privatpraxis therapeutische Versuche mit Sidonal gemacht und er kann bestätigen, dass es sehr gut vertragen wird in den Dosen, die vorgeschrieben werden, d. h. etwa 5 bis 8 g. Er selbst hat es bis zu 5 g pro die gegeben. Es hat durchaus keine störende Nebenwirkung. Was die Wirkung betrifft, so wird sich ja ein Kliniker immer etwas vorsichtig aussprechen, aber die Patienten, denen v. L. das Mittel gab, hatten Vertrauen dazu, nicht blos, weil es neu ist, sondern weil sie den Eindruck hatten, als wenn es den Anfällen einen günstigen Verlauf gäbe. v. L. kann also nur sagen, dass er es gut und bewährt

gefunden habe. Die Indicationen werden sich auch wohl später noch modificiren. Auch die Frage, ob man nun einen Gichtanfall durch eine grössere Dosis des Präparates thatsächlich coupiren kann und zwar so schnell, dass es eben absolut auf das Mittel geschoben werden muss, das muss die Zukunft erst bestätigen, aber dass die harnsaure Diathese, die doch schliesslich mit der Gicht in naher Berührung steht, verringert werden kann, das ist wenigstens nach der rationellen Begründung und nach den vorgetragenen wissenschaftlichen Untersuchungen sehr wahrscheinlich. Alsó glaube v. L. in der That, dass das Mittel bei der Gicht eine sehr erhebliche Zukunft haben wird.

Dr. J. Meyer (Carlsbad) hat den practischen Werth des Mittels bei Gichtkranken geprüft und verliest vor der Versammlung folgendes Resumé seiner Beobachtungen: Die Versuche sind auf 10 Fälle ausgedehnt worden und zwar auf drei Fälle typischer Gicht, echter Gichtanfälle, deren Sitz in dem Metatarsophalangealgelenk der einen grossen Zehe, und auf zwei Fälle, gleichfalls echte Gichtfälle, deren Sitz das Kniegelenk (Gonagra) war. Aus naheliegenden Gründen habe ich die chronische Gicht sowohl als die atypische Gicht aus dem Rahmen meiner Versuche ausgeschlossen, dagegen habe ich in 5 Fällen von zweifellosen Nierenconcentrationen Versuche angestellt. Ich habe mit Vorbedacht solche Fälle zum Gegenstande der Untersuchung ausgewählt, die zur Zeit von typischen Nierenkoliken verschont waren, aber von mehr oder weniger heftigen dauernden Schmerzen in der Nierengegend, welch letztere im hohen Grade druckempfindlich war, gequält worden sind, und von Zeit zu Zeit reichliche Mengen Harnsäure, Harngries ausgeschieden haben. Die Tagesdosis betrug 5 g und wurde in wässeriger Lösung zur einen Hälfte Vormittags, zur anderen Hälfte Abends verabreicht. Durchschnittlich sind die Versuche auf 7 Tage ausgedehnt worden, in einem Falle allerdings nur auf 4 Tage. Bei den Gichtkranken ist von dem Gebrauch der Karlsbader Thermen während der Versuchsperiode Abstand genommen worden. Vorweg bemerke ich, dass ich irgend welche lästigen Erscheinungen, sei es von Seiten des chylopoëtischen Systems oder des Circulationsapparates, die auf Rechnung des eingeführten Präparates hätten gestellt werden können, nicht beobachtet habe. Bei der Fragestellung über die Wirksamkeit des chinasauren Piperazins habe ich von den Ausscheidungsverhältnissen der Harnsäure abgesehen; wohl aber darauf gehalten, dass in allen Fällen eine möglichst gleichmässige, der Krankheit angemessene, Diät eingehalten wurde. Bei den Gichtkranken habe ich meine Aufmerksamkeit auf die Dauer des Verlaufes der Anfälle und auf die subjectiven nicht weniger als die objectiven Erscheinungen gerichtet. Ausnahmslos liess sich nach jeder Richtung eine günstige Beeinflussung constatiren. Die Anfälle verliefen nach Angabe der meist zuverlässigen Patienten sowohl als nach meinen eigenen allgemeinen Erfahrungen rascher als sonst; die Schmerzen und

die Schwellungen haben verhältnissmässig rasch nachgelassen. Die Beweglichkeit der Gelenke ist ungleich früher eingetreten, als dies sonst der Fall war. Hinsichtlich der fünf Fälle mit Nierenbeschwerden haben sich gleichfalls günstige Resultate ergeben. Die subjectiven Beschwerden sind theils geringer geworden (und zwar in 3 Fällen), theils (in den anderen 2 Fällen) ganz geschwunden. Der Gesammteindruck, den ich von dem Mittel gewonnen habe, ist der, dass bei wiederholtem längeren Gebrauch desselben die hier in Frage kommenden Krankheiten in vortheilhafter Weise beeinflusst werden."

— In „Notes on New Remedies" findet sich ein Artikel über *Salipyrin*, welchem wir Folgendes entnehmen: Salipyrin ist eine chemische Verbindung von Antipyrin mit Salicylsäure, welche die therapeutische Wirkungen beider Präparate ohne deren Nebenwirkungen in sich vereinigt und in vielen Fällen noch übertrifft. Die Unschädlichkeit des Mittels, selbst in grossen Dosen, ist durch jahrelangen Gebrauch erwiesen. Salipyrin ist nach dem übereinstimmenden Urtheil der besten Autoritäten ein werthvolles Antipyreticum und besonders bei rheumatischen Affectionen, acutem und chronischem Gelenkrheumatismus, Peliosis rheumatica, gonorrhoischer Gelenkentzündung, rheumatischer Ischias etc. von energischer und zuverlässiger Wirkung. Neuralgien und Muskelschmerzen werden durch das Mittel in gleicher Weise günstig beeinflusst. Bei Neuralgien braucht die Tagesdosis selten über 2 g hinauszugehen, oft genügt schon ein Gramm, um die heftigen neuralgischen Schmerzen innerhalb von ungefähr 20 Minuten zu beseitigen. Salipyrin hat sich ferner bei allen Influenza-Epidemien der letzten 10 Jahre sozusagen als Specificum erwiesen. Kein anderes Präparat besitzt eine solche beständige, zuverlässige und prompte Wirkung, besonders in den febrilen und catarrhalischen Prodromal- und Initialstadien der Influenza, wie das Salipyrin, das zugleich vollkommen frei von allen unerwünschten und schädlichen Nebenwirkungen ist.

Kleine Mittheilungen.

— Am 24. September starb an den Folgen einer Operation in Heidelberg Hofrath Dr. Hermann von Seyfried, der in den siebenziger Jahren hier in New York als Arzt practicirte und Mitglied des Deutschen Dispensary war.

— *Der Apotheker darf dem Arzt nicht in's Handwerk pfuschen.* Unter dieser Ueberschrift veröffentlicht die New Yorker Staatszeitung in ihrer Nummer vom 23. October folgende Notiz: „Der Agent der New York County Medical Society, Daniel Götz, hat wieder ein armes Apothekerlein abgefasst, dem das Herz vor Mitleid schlug, als der schlaue Götz, Krankheit simulirend, in dessen Apotheke

trat und ihn veranlasste, ihm ein Mittel für sein geheucheltes Leiden zu verabfolgen. Nathan Vassa heisst der warmherzige Pharmaceut und seine Gifthalle steht in No. 59 Willet Str. Gestern schleppte ihn der Agent vor die General-Assisen und die hochweisen Richter verdammten denn auch den Apotheker zu einer Geldstrafe von $50. Vassa meldete Berufung an die Supreme Court an."

Wir wollen das Curpfuschen, wie es leider einzelne Apotheker betreiben, gewiss nicht entschuldigen, allein die Art und Weise, wie die County Medical Society gegen dieselben vorgeht, resp. Beweismaterial gegen dieselben zu erlangen sucht, ist ganz entschieden zu missbilligen, und ist daher der Spott der Zeitungsreporter in diesen Fällen durch die genannte Gesellschaft selbst herausgefordert. Einem jeden ehrlich denkenden Menschen muss das Handwerk der „stoolpigeons" verächtlich vorkommen. Ein in Diensten der Gesellschaft stehender Agent kommt in eine Apotheke, lügt und jammert dem Apotheker vor, dass er krank sei, kein Geld habe, um auch noch den Arzt zu bezahlen und bittet um eine Arznei, die ihn von seinen Leiden befreien würde. Der Apotheker lässt sich verleiten, dem Simulanten Arznei zu verabreichen, und der Anwalt der County Medical Society, Herr Robert Taylor, benützt das Zeugniss eines Menschen, der das Lügen als Handwerk betreibt, um den Apotheker verhaften und überführen zu lassen. In dem Jahresbericht der County Medical Society findet sich dann ein Fall von angeblich überführten Curpfuschern mehr aufgeführt. Unserer Meinung nach ist der Anstifter zu einem Verbrechen oder Vergehen eben so schlecht, ja in vielen Fällen noch schlechter, wie der Thäter selbst, und es ist einer Gesellschaft wie der N. Y. County Medical Society unwürdig, ihrem Anwalt zu gestatten, sich solcher Spitzel, deren Aufgabe es ist, ihre Mitmenschen zur Gesetzesübertretung zu verleiten, zu bedienen. Lieber sollen alle Apotheker Curpfuscherei treiben, was übrigens bei der Mehrzahl derselben gar nicht zu befürchten ist, als dass ein nach unserer Ueberzeugung vom Standpunkte der Moral durchaus verwerfliches Mittel zu deren Ueberführung angewandt wird.

— *Angebliche Ermordung eines englischen Militärarztes durch die Boeren.* Das Journal of the American Medical Association bringt in seiner Nummer vom 22. September ds. Jhrs. folgende Notiz: Wie die „Medical Press and Circular" mittheilen, wurde Assistenzarzt O'Neill von den Boeren ermordet. Er befand sich mit einer Ambulanz auf der Suche nach Verwundeten, als eine Abtheilung von Boeren die Ambulanz aufgriff und den Militärarzt davonjagte. Hierauf riefen sie letzteren wieder zurück und schossen ihn nieder. So weit das Journ. of Am. Association resp. Medical Press and Circular. Uns erscheint diese Nachricht nach Allem, was über die Boeren und ihre Art der Kriegsführung bekannt geworden ist, vollkommen unglaubhaft.

— Anlässlich des *grossen Brandes* im Tarrantgebäude am 29. October wurde auch das Etablissement der bekannten Firma M. J. Breitenbach Company, Importeure von Gude's Pepto-Mangan, vollständig zerstört. Wie uns genannte Firma mittheilt, ist genug Gude's Pepto-Mangan auf dem Markte, dass in dieser Beziehung keine Stockung eintreten kann. Die Firma selbst hofft in ca. 10 Tagen wieder ihren regelmässigen Geschäftsbetrieb aufnehmen zu können.

— *Verzogen*: Dr. Fred. Kammerer nach 51 Ost 66. Strasse. Dr. F. Becker-Laurich nach 63 West 11. Strasse.

Alle Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen, Manuscripte und Anfragen bezüglich des Inhalts sind zu richten an: Dr. A. Ripperger, 126½ East 122d Street, New York City.

Schieffelin's Medicated Soaps

are made from pure, neutral, white soap, and contain no sugar, starch, silicate or filling material, and no coloring or pigment is added.

We guarantee that the percentage of medicament has been added as per label, and that the soap is thoroughly mixed. A descriptive pamphlet mailed to applicants.

Schieffelin & Co., New York.

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago und Cleveland.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XII. New York, November 1900. No. 11.

ORIGINALARBEITEN.

Ueber angeborene Hornhauttrübungen.*)

Von Dr. A. Schapringer.

Von den angeborenen Trübungen der brechenden Medien des Auges betreffen die am häufigsten vorkommenden und bestbekannten den Krystallkörper. Hier kommen sie meist beiderseitig vor und stellen häufig eine ererbte Missbildung dar. Die Haltung, welche der praktische Augenarzt ihnen gegenüber einnimmt, richtet sich nach ihrem Sitz, ihrer Ausdehnung und Sättigung und ihrer stationären oder progressiven Natur. Es giebt partielle, nicht fortschreitende angeborene Trübungen der Linse, welche das Sehen wenig oder gar nicht stören und deren Existenz daher auch oft genug von ihrem Träger gar nicht geahnt wird, bis nicht etwa ein äusserer Zufall eine genaue Durchforschung des Auges veranlasst und in Folge dessen die Sache ans Licht kommt. Von den angeborenen Starformen, welche wegen erheblicher Beeinträchtigung des Sehvermögens ein operatives Eingreifen erheischen können, sei hier als Beispiel nur der Schichtstar angeführt, übrigens eine Starform, welche nicht ausschliesslich angeboren vorkommt, sondern gelegentlich auch extrauterin erworben wird, wo man sie dann als Complication der Rhachitis aufzufassen pflegt.

Viel seltener als die angeborenen Linsentrübungen sind angeborene Trübungen der Hornhaut. Bei diesen ist die Tendenz, doppelseitig aufzutreten, viel weniger ausgesprochen, als bei den

*) Erweiterung einer Krankenvorstellung in der Wissenschaftlichen Zusammenkunft Deutscher Aerzte von New York, 25. Mai 1900.

angeborenen Linsentrübungen, mit welch letzteren sie aber auch combinirt sein können. Insbesondere ist es der vordere Polar-star, der in den Beschreibungen von Fällen von angeborener Hornhauttrübung häufig wiederkehrt.

Die verschiedenen Arten der angeborenen Hornhauttrübungen ähneln in ihrem Aussehen und anatomischen Wesen den verschiedenen Arten von Trübungen, wie solche im extrauterinen Leben als Resultat pathologischer Processe in der Hornhaut zur Beobachtung kommen. So giebt es z. B. eine angeborene parenchymatöse, diffuse, grauweisse Trübung, die entweder auf das Centrum der Cornea beschränkt ist oder die ganze Hornhaut einnimmt und ihr in den ausgesprochensten Fällen ein porzellanartiges Aussehen verleiht, wie ich selbst einen solchen Fall scheinbar schwerster Art vor einiger Zeit zu beobachten Gelegenheit hatte. Glücklicherweise ist diese parenchymatöse Trübung in den meisten Fällen nicht stationär, sie bildet sich im Gegentheil gewöhnlich zurück, indem die Trübung vom Rande aus gegen das Centrum sich aufhellt.

Eine paradoxe Form von angeborener Hornhauttrübung ist das sogenannte Embryotoxon, eine anticipatorische Imitation des wolhbekannten Greisenbogens oder Gerontoxon. Des weitern kommen vor angeborene zungenförmige Trübungsstreifen am Hornhautrande, ähnlich den Residuen der im extrauterinen Leben auftretenden sogenannten sclerosirenden Keratitis. Recht häufig sind stationäre angeborene Hornhauttrübungen bei Microphthalmen. Der Dichtigkeit nach durchlaufen die Trübungen die ganze Scala vom Hauchartigen, Schleierhaften bis zu völliger Undurchsichtigkeit. Es kann in den Trübungen mehr oder weniger Pigment vorhanden sein. Es kommen adhärente Leukome und Staphylome vor.

Für die Entstehung dieser letzteren scheint von vornherein gar keine andere Erklärung möglich, als diejenige, welche diese Zustände als Residuen intrauterin abgelaufener Entzündungen ansieht. Bei anderen Formen von angeborener Horhauttrübung, wo es sich nicht in so augenscheinlicher Weise um Folgen eines perforativen Vorgangs handelt, herrschte geraume Zeit die Auffassung vor, dass sie einfach Hemmungsbildungen darstellten, welche Auffassung jedoch von der Mehrzahl neuerer Autoren zu Gunsten der Theorie, dass es sich auch hier um Residuen intrauterin abgelaufener Entzündungen handle, verlassen worden ist.

Zu Anfang der Entwickelung unserer Kenntnisse über angeborene Hornhauttrübungen war man geneigt, gewisse Leukome und Staphylome der Cornea, welche man bei Erwachsenen vorfand und welche man heutzutage ohne Bedenken als foetale Missbildungen anspercehen würde, als Folgezustände einer in frühester Kindheit überstandenen Blennorrhoea neonatorum mit Verschwärung der Hornhaut anzusehen. Es sei hier der älteste Fall dieser Art, der mir aus der Literatur zugänglich ist, angeführt. Er rührt von Karl Joseph Beck her und wurde von ihm in Ammon's Zeitschr., I. Bd., 1. Heft, mitgetheilt. Ich citire nach Arlt, Krankh. d. Auges, 1854, Bd. I., pag. 234:

„Ein 20jähriger Mann gab das Leiden seines linken Auges als angeboren an; genauere Nachforschung machte es wahrscheinlich, dass er an Ophthalmia neonatorum gelitten hatte. Beck sah in der Pupille eine Cataracta caps. centr. anter., und dieser entsprechend eine Trübung der Descemet-schen Haut. Etwas unter der mittleren Höhe der Pupille weiter nach unten waren noch einige trübe Stellen in dem Descemet'schen Hornhauttheile. Von der obersten Hornhauttrübung, welche dem unteren Pupillarrande (bei mässig verengter Pupille) gegenüber lag, ging ein Gefäss, welches unter der Loupe sehr deutlich wurde, durch den Humor aqueus nach oben und rückwärts zum oberen Pupillarrande; dieses Gefäss spaltete sich auf der Mitte des Weges in fünf kleine Aestchen, welche sich in die vordere Fläche des kleinen Iriskreises inserirten und verloren; wurde die Pupille künstlich erweitert, so bildete sich an dieser Gegend, wo die Gefässe in die Iris mündeten, einen Vorsprung."

So weit Beck. Arlt knüpft hieran folgende Bemerkung:

„Ich halte diesen Fall nicht für angeboren, wie Beck, welcher die hier bemerkten Gefässe für Reste der Pupillarmembran hält; mir ist es wahrscheinlich, dass in Folge von Blennorrhoe die Hornhaut durchbohrt war, und einerseits Hornhautnarben zurückblieben, andererseits eine Auflagerung auf der Kapsel, und als Rest der fr*heren Synechie zwischen Iris und Cornea die genannte Gefässverbindung."

Als Arlt dies niederschrieb, herrschte allgemein die Ansicht vor, dass die angeborenen Missbiludungen des Augapfels einfache Hemmungsbildungen seien. Man dachte an ein Stillstehen einzelner Organtheile auf einer frühen Stufe embryonaler Entwickelung in Folge örtlichen Versiegens des Bildungstriebes. Nun ist die Hornhaut in den frühesten Perioden ihrer Entwicke-

lung bekanntlich undurchsichtig. Eine angeborene Trübung dieser Membran kam also nach dieser Vorstellung dadurch zu Stande, dass ein grösserer oder kleinerer Theil der embryonalen Hornhaut zu irgend einer frühen Zeitperiode plötzlich die weitere Entwickelung des übrigen Auges mitzumachen unterliess. Wenn Arlt nun für das Zustandekommen der von Beck beschriebenen und von ihm als angeboren angesehenen Hornhautanomalie die Intervention einer Entzündung postulirt, so klingt aus dieser Forderung eine Vorahnung der späteren Entwickelung der Lehre von der Entstehung angeborener Missbildungen durch foetale Entzündungszustände. Nur war Arlt noch nicht kühn genug, den Zeitpunkt der postulirten Entzündung in die intrauterine Entwicklungsperiode zurückzuverlegen

Fälle von angeborener Hornhauttrübung sind nach Beck's Zeit beobachtet worden von Samelson (Manchester), Makrocki, Zirm, Vossius, Hilbert, Oliver, E. Fuchs, Trattner, Baas, Tepljaschin, Wintersteiner, Mager und Krukenberg. In mehreren dieser Fälle fanden sich von der Continuität der vorderen Irisfläche entspringend und sich in den centralen Hornhautfleck inserirende, dünne Stränge in grösserer oder geringerer Anzahl — also Reste der Pupillarmembran. In einzelnen Fällen handelte es sich um vorzeitig geborene Kinder und in mehreren war — wie bei Beck — zugleich vordere Polarcataract vorhanden. War in der Anamnese eine überstandene Blenorrhoea neonatorum festgestellt, wie unter anderen in dem Fall von Wintersteiner, so hielt man sich verpflichtet, die später vorgefundene Hornhauttrübung auf einen Durchbruch der Membran in Folge der Blennorrhoe zu beziehen, wo dann die im Auge zufällig anwesenden Reste der Pupillarmembran nach Abfluss des Kammerwassers durch das Vorrücken der Regenbogenhaut und Linse gegen die Perforationsränder geschleudert wurden und dann sich mit diesen verklebten. Mit Rücksicht auf die nicht geringe Anzahl analoger Fälle, wo das Element der Blennorrhoea neonatorum bestimmt auszuschliessen war und der Befund doch im Wesentlichen mit dem von Wintersteiner erhobenen übereinstimmte, betrachte ich vorläufig die von diesem Autor beschriebene Hornhauttrübung als angeboren. Wir müssen eben abwarten, bis einmal bei einem Neugeborenen Reste der Pupillarmembran festgestellt werden können vor Ausbruch der Blennorrhoe, welche zur Perforation der Hornhaut zu führen

hätte; dann erst werden wir eine zutreffende Vorstellung erlangen, wie ein unter solchen Umständen acquirirtes Leukom aussieht. Bis dahin möchte ich mich Wintersteiner's Falle, sowie auch allen anderen, diesem Falle ähnlichen gegenüber auf denselben Standpunkt stellen, welchen Beck dem von ihm selbst beobachteten gegenüber einnahm, bei welchem er, wie gesagt, die Hornhauttrübung für angeboren ansah.

Makrocki und mit ihm Vossius recurriren für ihre Fälle nicht auf die zerstörende Wirkung einer intensiven Blennorrhoea neonatorum, sondern stützen sich auf die embryologischen Untersuchungen von Kölliker (Entwicklungsg. d. Menschen etc., p. 671) „wonach sich die primitive Hornhaut, sobald sie eine gewisse Dicke erreicht hat, in zwei Lagen scheidet, von denen die eine ganz dünne, gefässreiche die Pupillarhaut, und die andere die bleibende Hornhaut ist." In Folge irgend einer Entwicklungsstörung soll nun die Differenzirung nicht bis zum Hornhautcentrum vorschreiten, sondern schon früher sistiren, so dass daselbst ein Zusammenhang zwischen beiden Blättern bestehen bleibt.

Dieser letzteren Annahme gegenüber hat sich nun, wie schon angedeutet, in neuerer Zeit die Ansicht Bahn gebrochen, dass den angeborenen Hornhauttrübungen und ihren Begleiterscheinungen eine foetale Entzündung zu Grunde liegt. Ein ausgesprochener Parteigänger dieser Ansicht ist unter Anderen der neueste Autor über diesen Gegenstand, Eugen v. Hippel. Es schiene ihm, so sagt er (Graefe-Sämisch, 2, Aufl., 1. T., Kap. IX., S. 100) „eine höchst gewagte und ganz unnöthige Hypothese zu sein, wenn einige Autoren in Fällen, wo partielle dichte Hornhauttrübungen vorliegen, die Annahme machen, dass an dieser Stelle eine unvollständige Differenzirung des zwischen Linse und Ektoderm befindlichen Mesoderms die Ursache jener Missbildung sei."

Mit eine Hauptstütze der Entzündungstheorie ist der wichtige Umstand, dass die anatomische Untersuchung microphthalmischer Bulbi mit stationärer Hornhauttrübung wiederholt starke Vascularisation der getrübten Hornhautparthie nachgewiesen hat. Nun ist aber aus den Untersuchungen von Leber und Schöbl bekannt, dass die Cornea mit Ausnahme des oberflächlichen und tiefen Randschlingennetzes zu keiner Zeit der Entwicklung gefässhaltig ist. Wo also das Parenchym vascularisirt gefunden wird, haben wir kein Recht, hierfür eine andere

Ursache als eine vorausgegangene Entzündung anzunehmen. (E. v. Hippel, a. a. O.)

Der Fall von angeborener Hornhauttrübung, den ich in der Wissenschaftlichen Zusammenkunft Deutscher Aerzte in New York den 25. Mai 1900 vorzustellen Gelegenheit hatte, war kurz folgender:

Auguste Sch., zehn Monate alt, war mir vor einigen Tagen von ihrer Mutter wegen des von Geburt an kleineren linken Auges zugetragen worden. Die Mutter selbst hat normale Augen. Sie ist die zweite Frau des Vaters der Kleinen. Der Vater soll nach Angabe der Frau kurzsichtig sein. Eine siebenjährige Halbschwester der Kleinen, Elisabeth Sch., eine Tochter desselben Vaters von der ersten Frau, war von mir selbst wenige Tage vorher untersucht worden, wobei ich einen auf beiden Augen gleichmässig entwickelten, ziemlich erheblichen Grad von Kurzsichtigkeit (8 D) feststellte. Hornhaut und Linse hatte ich hier normal gefunden. Am Sehnerveneintritte war kein Conus nachzuweisen. Aeussere Umstände machten eine ophthalmometrische Messung der Hornhautwölbung unthunlich, so dass nicht festgestellt ist, ob Achsen- oder Krümmungsmyopie vorlag. Ich will hier vorwegnehmen, dass ich späterhin Gelegenheit fand, den Vater, einen 38jährigen Holzdreher, zu mir zu citiren. Bei diesem constatirte ich ebenfalls einen erheblichen, aber auf den beiden Augen etwas verschiedenen Grad von Kurzsichtigkeit (rechts 12 D, links, 9 D). Auch hier waren Hornhaut und Linse beiderseits klar. Die verstorbene Mutter des älteren Kindes soll gute Sehkraft besessen haben.

Um nun zu unserer eigentlichen Patientin zurückzukehren, so hatte sie nicht an Blennorrhoea neonatorum gelitten, überhaupt in den zehn Monaten ihrer Existenz an keiner Entzündung der Augen. Nystagmus ist nicht vorhanden. Das rechte Auge ist normal. Der linke Augapfel ist etwas kleiner als der rechte. Es besteht also da ein geringgraidger Microphthalmus, der sich zunächst durch geringeren Umfang der Cornea kundgiebt. Die Vorderfläche der Hornhaut spiegelt tadellos, doch nimmt man bei genauerer Betrachtung eine, die tiefste Schicht der centralen Parthie der Hornhaut einnehmende, äusserst zarte, grauliche, hauchartige Trübung wahr. Das Areal der Trübung entspricht ungefähr der Pupille bei mittlerer Weite, ist also rund, aber mit unregelmässig zackiger Begrenzung. Die Trübung ist so zart, dass die Mutter, wenigstens ihrer Angabe nach, sie überhaupt

noch nicht bemerkt haben will, obwohl sie bei gutem Tageslicht wohl zu erkennen ist und ich sie auch schon vor Anwendung der schiefen Beleuchtung constatirte. Die Iris ist normal bis auf zwei äusserst dünne Fädchen, welche von der Continuität ihrer Vorderfläche entspringen, und zwar das eine aus der Gegend des nasalen, das andere aus der des temporalen Pols des kleinen Iriskreises. Die Fädchen, welche eine hellbraune Farbe zeigen, durchqueren die vordere Kammer in schiefer Richtung, das nasale Fädchen nach vorn und aussen, das temporale nach vorn und innen, und inseriren sich an getrennten Stellen der Hinterfläche der Hornhaut im Bereiche der Trübung. Weder an ihrem Ursprung noch an ihrer Insertion zeigen diese, offenbar als Reste der foetalen Pupillarmembran anzusprechenden zwei Fädchen eine Gabelung. Pigment ist weder an der Insertionsstelle der Fädchen noch sonstwo im Bereich der Hornhauttrübung nachzuweisen. Es wird dies hervorgehoben, weil in analogen Fällen, wie z. B. in dem von mir als analog aufgefassten Fall von W i n t e r s t e i n e r (Wiener kl. W., 1893, p. 508) die Insertionsstelle der Pupillarmembranfädchen, deren Zahl dort übrigens über zwanzig betrug, dunkelbraunes Pigment aufwies. In unserem Falle sind, wie bemerkt, nur zwei derartige Fädchen wahrzunehmen, doch ist nicht bestimmt ausgeschlossen, dass vielleicht nicht noch 1—2 Fädchen vorhanden sind, da bei der Unruhe des Kindes eine absolut genaue Durchmusterung nicht ausführbar ist. Die Linse ist klar, insbesondere fehlt jede Andeutung einer vorderen Polarcataract. Mit Hülfe des Augenspiegels erzielt man einen Hintergrundsreflex von normaler Farbe, das Verhalten einzelner Details festzustellen ist aber vorläufig unmöglich.

Es besteht zur Zeit der Vorstellung kein Strabismus, doch giebt die Mutter auf Befragen an, dass das linke Auge gelegentlich schiele, „nach einwärts," wie sie sagt. Ich selbst sah es im Laufe der Untersuchung nur einmal auf ganz kurze Zeit ein wenig nach aussen und oben abweichen.

Es zeigt also in dieser Familie das ältere Kind eines stark myopischen Vaters ebenfalls myopische Augen, das jüngere Kind einseitigen Microphthalmus mit angeborener Hornhauttrübung und Resten der Pupillarmembran. Ist man geneigt, das Walten des Gesetzes der Erblichkeit auch hier zu erkennen, so wird man im Microphthalmus mit angeborener Hornhauttrübung und persistirenden, mit der Cornea verwachsenen Pupillarmembranfäden einen vicariirenden Zustand für die angeborene Kurz-

sichtigkeit sehen. Es kann aber auch angeborene Kurzsichtigkeit mit angeborener Hornhauttrübung in ein und demselben Auge vergesellschaftet vorkommen, wie mir das wenigstens ein Fall zu beweisen schien, den ich vor einiger Zeit zu beobachten Gelegenheit hatte. Es handelte sich um eine verheirathete Frau im mittleren Lebensalter, deren linkes Auge normalen Bau und entsprechende Sehschärfe aufwies, deren rechtes Auge dagegen von jeher stark kurzsichtig und ausserdem amblyopisch war. An diesem letzteren Auge fand sich im oberen äusseren Quadranten der Hornhaut eine in den tiefsten Schichten sitzende Trübung von geringer Ausdehnung und unregelmässiger Gestalt. Der Augapfel war äusserlich von normaler Grösse und Reste der Pupillarmembran oder vorderer Polarstar waren nicht vorhanden. Die Frau gab positiv an, dass sie niemals, speciell nicht in ihrer Kindheit, d. i. der Zeit, wo narbenhinterlassende Hornhautleiden am häufigsten vorkommen, an Augenentzündung gelitten habe und somit wäre wohl die Hornhauttrübung des myopischen als angeboren zu betrachten.

Als Ursache für die Entstehung angeborener Hornhauttrübungen nehmen wir, wie oben angedeutet, intrauterin abgelaufene Entzündungen dieser Membran an. In dem vorgestellten zehn Monate altem Kinde sind die vorderen Schichten der Hornhaut nicht in die Trübung einbezogen und es kann dies wohl als Beweis gelten, dass die betreffende foetale Entzündung nicht zum Durchbruch der Membran geführt hatte. Die Synechie der Pupillarmembranfäden mit der Hinterfläche der Hornhaut kann man ganz gut als auf entzündlichem Wege zu Stande gekommen betrachten, ohne die grob mechanische Intervention eines Hornhautdurchbruchs. Auf diese Weise wäre ihre Adhärenz erklärt. Was ihre Persistenz betrifft, so liegt gewiss nichts Gezwungenes in der Annahme, dass ein durch Entzündung und deren Folgezustände belastete embryonales Organ im Gange der Entwicklung mit den normalen Körpertheilen nicht Schritt halten kann.

Auf die hintere Schicht der Hornhaut, die Descemetis und das sie auskleidende Endothel beschränkte pathologische Vorgänge, wie wir solche für die Embryonalperiode des hier besprochenen Kindes annehmen, sind in neuester Zeit Gegenstand eingehenden Studiums von Seite E. v. Hippel's geworden, auf welche ich zu verweisen habe.*)

*) Ueber die klinische Diagnose von Endothelveränderungen der Cornea etc. (Bericht ü. d. ophthalm. Gesellschaft. Heidelberg, 1898.) — Das Geschwür der Hornhauthinterfläche. (Festschrift f. Geh. Rat. v. Hippel, 1899.)

Was die Literaturnachweise über angeborene Hornhauttrübungen betrifft, so brauchen solche hier nicht wiedergegeben zu werden, da sie in dem jüngst erschienenen Kapitel über Missbildungen und angeborene Fehler des Auges der zwieten Auflage von Graefe-Saemisch's Handbuch der gesammten Augenheilkunde vollständig zu finden sind. Nur die allerjüngsten Mittheilungen in der Fachliteratur über diesen Gegenstand seien hier kurz recapitulirt. Sie stammen von Friedrich Krukenberg her*), der an der Rostocker Augenklinik im Verlaufe eines Jahres nicht weniger als drei Personen beobachtete, bei welchen die Hornhaut beiderseits in ihren mittleren Theilen tief dunkelbraun gefärbt war. Die Braunfärbung war in der Mitte am stärksten, wurde nach der Peripherie schnell schwächer, so dass der Rand durchsichtig blieb. Die Braunfärbung beschränkte sich auf die tiefsten Hornhautschichten und setzte sich aus gleichmässigen kleinsten Körnchen zusammen. Reste der Pupillarmembran existirten in keinem Falle. Wie E. v. Hippel vermuthet, wird es sich in diesen Fällen um Einschleppung von Pigment aus anderen Theilen des Auges handeln.

926 Madison Ave.

Beschreibung eines durch Laparotomie gewonnenen Uterus-Myoms, nebst Bemerkungen über das Verhältniss der Blase zur Vorderfläche von Beckengeschwülsten.†)

Von Dr. J Schmitt.

Die beiden Präparate uteriner Myome stammen von verheiratheten Frauen her, 36 resp. 42 Jahre alt. Beide Patientinnen befinden sich wohl. In beiden Fällen waren Eierstöcke und Eileiter in solchem Grade erkrankt, dass sie mit dem Uterus geopfert werden mussten. Die Absicht, gesundes ovarielles Gewebe zurückzulassen, um den Frauen die unangenehmen Symptome einer vorzeitigen Menopause zu ersparen, ist häufig vereitelt. Es ist ferner schwer einzusehen, wie solche hochgradig degenerirte Uterusanhänge mit Electricität erfolgreich behandelt werden können, abgesehen von der Unmöglichkeit, in einen ver-

*) Klinische Monatsbl. f. Augenheilk., 1899, Juli und December.

†) Demonstration vor der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York, am 5. November 1900.

zerrten, verengten und dislocirten myomatösen Uterus die Sonde einzuführen. In beiden Fällen wurde der Cervix circulär aus der Vagina herausgeschnitten; die Drainage ist dadurch ausserordentlich erleichtert. Wo ich den Beckenboden beiderseits vernähe und in der Mitte offen lasse, lege ich noch einen Längsschnitt durch die hintere Vaginalwand bis auf den Boden des Douglas, um in diesen einen Jodoformgazestreifen einzuführen.

Das eine Präparat von myomatösem Uterus mit Ovarialcysten beiderseits bot während der Operation aussergewöhnliche Complicationen. Der Cervix war hoch oben zwischen Symphyse und Myom fest eingekeilt, so dass er zwecks der Curettage nicht heruntergezogen werden konnte. Beide Eierstöcke waren in grosse und mittelgrosse Cysten umgeändert, die die Blätter der breiten Mutterbänder derart entfaltet hatten, dass beiderseits nur eine schmale Brücke zur Unterbindung der ovariellen Gefässe übrig blieb. Das grosse Netz war mit dem Myom verwachsen. Eine der Cysten hatte sich hinter der Flexura sigmoidea nach oben entwickelt und die Blätter des Mesocolon entfaltet; das innere Blatt war mit der Cystenwand verwachsen. Der Eingang zum Douglas war durch eine adhaerente Ovarialcyste und der Zugang zur Blase durch ein stark hervorspringendes Myom verlegt. Die Ureteren waren beiderseits den Cystenwänden adhärent und mussten vom Beckenrand bis zur Einmündung in die Blase abgelöst werden. Die ganze Masse — myomatöser Uterus und multiloculäre Ovarialcysten beiderseits — füllte das Becken aus und erstreckte sich hoch hinauf, halbwegs zwischen Nabel und Processus xiphoideus. Trotz aller dieser Schwierigkeiten gelang die Entfernung ohne Verletzung irgend eines Organes und mit geringem Blutverluste. Patientin befindet sich heute — die Operation wurde vor drei Wochen vorgenommen — sehr wohl und hat alle Aussicht auf schnelle Genesung.

Doch liegt der Zweck meiner Demonstration in einer anderen Richtung. Ich glaube, dass die Art und Weise, wie Peritoneum und Blase sich zur Vorderfläche von aus den Becken aufsteigenden Tumoren — hauptsächlich uterinen Tumoren — verhalten, auch dem allgemeinen Praktiker Interesse bietet. Es scheint, dass darüber selbst unter den Specialisten irrige Vorstellungen obwalten. Dr. Kelly z. B., in seinem Buch über operative Gynäcologie, spricht von einer Verschiebung der Blase nach oben zwischen Peritoneum und Abdominalrand; eine solche präperitoneale Verschiebung der Blase bei uterinen Tumoren tritt

niemals ein und wird in der That auch durch keine einzige seiner eigenen, naturgetreuen Abbildungen bezeugt. Beim Neugeborenen liegt die Blase zum grössten Theil über der Symphyse und extraperitoneal (zwischen Peritoneum und Fascia transversalis). Sie hat eine conische Form, die im Laufe der Jahre mehr rund wird. Mit der Formveränderung ist eine allmählig eintretende Senkung verbunden, so dass beim Erwachsenen die leere Blase hinter die Symphyse ins kleine Becken zu liegen kommt. Es kann sich ereignen, dass die Senkung der Blase ausbleibt oder nur theilweise stattfindet, und dass im späteren Leben eine abnorm hohe Lage der leeren Blase erhalten bleibt. Mit diesem Ausbleiben der physiologischen Blasensenkung ist gewöhnlich auch ein Stehenbleiben auf der kindlichen Form der Blase (d. i. conischen) verbunden. Vor einiger Zeit hat Dr. Garrigues vor Ihnen ein Präparat demonstrirt, welches eine etwas dreieckige Blase darstellte, die beinahe zum Nabel sich erstreckte und im Bindegewebe vor dem Peritoneum eingebettet war. Sie wurde bei einer 45jährigen Jungfrau gefunden, bei der abdominale Hysterectomie wegen Uterusfibroms vorgenommen wurde. Die Beschreibung dieses Falles, wie sie Dr. Garrigues giebt*), lässt keinen Zweifel aufkommen, dass es sich um eine am Ende der fötalen Entwickelung stehende Blase handelte, bei der aber die natürlichen, post-fötalen Aenderungen — Herabsinken und Aenderung der Form von der conischen zur ovoiden — ausgeblieben waren. Man könnte analog der Bezeichnung des infantilen Uterus einen solchen Zustand infantile Blase nennen.

Das Peritoneum folgt der Blase, wenn sie sich senkt, und zur Zeit der Pubertät schlägt es sich in der Regel nahe dem oberen Rande der Symphyse von der hinteren Fläche der vorderen Bauchwand auf die Blase über. Die Entfernung von der abdominalen Umschlagstelle zum oberen Symphysenrande ist nicht bei allen Individuen die gleiche. Manchmal kann man einen prävesicalen, mehr oder weniger tiefen Cul de sac nachweisen. In Ausnahmefällen kann sich dieser Sack tief heruntersenken und mit seinem parietalen Blatte sogar mit der Hinterfläche der Symphyse verwachsen.

Die Blase, mag sie nun durch Ueberfüllung übermässig ausgedehnt oder durch einen uterinen Tumor hoch hinauf in die Bauchhöhle dislocirt sein, lüftet das Peritoneum. Aber nur der

*) Siehe ds. Monatsschr., Jahrg. 1899, S. 507.

Theil des Peritoneums, der sich von der abdominalen Umschlagsstelle herüber zur Blase begiebt und ausserordentlich beweglich ist — ist man ja sogar im Stande, das Peritoneum von vornen her nach den Seiten und nach oben hin leicht von der Blase zurückzuschieben — wird abgehoben. Das Peritoneum ist hier so elastisch, so reichlich und wie gesagt so beweglich, dass es von einer selbst bis zum Nabel reichenden Blase einfach nur eingestülpt wird. Es bildet eine Mütze über dem Scheitel der Blase und einen verschieden tiefen prävesicalen Cul de sac. Es ist ein Irrthum, zu glauben, dass die Blase, wenn sie übermässig ausgedehnt oder durch einen Tumor in die Höhe gezogen ist, das Peritoneum über der abdominalen Umschlagsstelle von der Unterlage lostrennt und zwischen Peritoneum und Fascia transversalis in die Höhe steigt. Nein, wenn man bei einer abdominalen Incision die Blase vor dem Peritoneum im präperitonealen Bindegewebe eingebettet finden, ist man zu der Annahme einer infantilen Blase berechtigt, namentlich wenn mit dieser abnormen Lagerung eine mehr oder weniger zugespitzte Form vergesellschaftet ist.

Es giebt gewisse Zustände, die leicht irrthümlich gedeutet werden können: jene seltenen Fälle, in denen die Blase mit dem parietalen Blatte des Peritoneums verwachsen ist, oder jene weniger seltenen Fälle, in denen die uterine Geschwulst die Blase fest gegen die abdominale Wand presst; eine sorgsame Präparation wird aber den wahren Sachverhalt aufklären.

Die Blase kann in die Abdominalhöhle durch Adhäsionen heraufgezogen sein, die ihre Hinterfläche an die Vorderfläche von uterinen Geschwülsten anlöthen; das sind aber seltene Vorkommnisse im Vergleich mit jenen, wo ein Myom sich in der vorderen Wand des Cervix entwickelt, das Gebiet der vesicouterinen Anheftung vergrössert und während des Wachsthums Anheftung nebst Blase mit sich in die abdominale Höhle heraufzieht. Aber keiner von diesen beiden Ereignissen ist geeignet, das Verhalten des Peritoneums vor der Blase zu ändern: der prävesicale Cul de sac ist immer mehr oder weniger erhalten.

XIII. Internationaler medicinischer Congress.

Paris, 2. bis 9. August 1900.

Abtheilung für innere Medicin.

6. Sitzung.

1) Ch. Achard: *Le diagnostic de l'insuffisance rénale.* Die Diagnose der Niereninsufficienz beruhte bisher ausschliesslich auf dem Auftreten eines Symptomencomplexes allgemeiner und functioneller Störungen, wie urämische Erscheinungen, Hydropsien, Anzeichen von Brightismus, Galoppgeräusch, sowie auf einer summarischen Untersuchung des Harns, bestehend in Feststellung des Volumens und des spec. Gewichtes und des Nachweises von Eiweiss und Cylindern. Wegen der Leichtigkeit ihres Auffindens und wegen der langen Erfahrung in dieser Beziehung werden diese Symptome immer den ersten Anhaltungspunkt für die Diagnose einer Nierenaffection abgeben. Allein sie gestatten leichter, das Bestehen und die Art der Schädigungen festzustellen, als die daraus resultirende Störungen zu erkennen. Denn einerseits entspricht die anatomische Schädigung nicht immer der physiologischen Störung und umgekehrt, und andererseits können die Nierenfunctionen schon bedeutenden Schaden erlitten haben zu einer Zeit, in welcher die genannten Symptome noch in keiner Weise sich bemerkbar machen, so dass das Allgemeinbefinden noch scheinbar ungestört ist und eine Compensation von mehr oder minder zweifelhaftem Werthe die dem Organismus drohende Gefahr verbirgt. Daher ist eine Vervollkommnung der Untersuchung bezüglich des Functionzustandes dringend nothwendig, und so hat man eine ganze Reihe von Methoden aufgestellt, die alle die Untersuchung der Urinsecretion zum Ziel haben, und zwar beruhen diese Methoden hauptsächlich auf dem Vergleich zwischen Harn und Blut, sowie auf klinischen, physischen und physiologischen Beobachtungen. Ferner hat man, anstatt das Product der Spontansecretion der Niere zu untersuchen, vorgeschlagen, zu erforschen, wie die Niere eine ihr zugemessene Arbeitsleistung erfüllt, die in der Eliminirung bestimmter in den Organismus eingeführter Stoffe besteht, deren Dosirung bekannt ist. Von diesen Methoden sind nur zwei im allgemeineren Gebrauch: die Cryoscopie und die absichtlich hervorgerufene Ausscheidung (l'élimination provoquée).

Die Cryoscopie untersucht in vergleichender Weise Urin und Serum, lässt die in beiden Flüssigkeiten enthaltene Zahl der Molecüle erkennen, aber nicht deren Natur, und zeigt die Durchgängigkeit der Niere an. So brauchbare Resultate sie aber auch zu liefern scheint, so fehlt ihr doch die für den täglichen klinischen Gebrauch erforderliche Einfachheit. Die absichtlich hervorgerufene Ausscheidung wird gewöhnlich mit Methylenblau vorgenommen und gestattet ein Urtheil darüber, in welcher Zeiteinheit

sich die Niere eines bestimmten Quantums des ihr zum Versuche eingeführten Stoffes erledigt. Beide Methoden sind zwar verschieden in ihrer Art, können aber wenig von einander differirende Resultate ergeben und sind daher mit Vortheil combinirt anzuwenden.

2) S. Laache: *Insuffisance rénale.* Vortragender bespricht das Thema vom klinischen und therapeutischen Standpunkte aus und hebt besonders die Wichtigkeit des Secretionsapparates der Nieren für den Organismus hervor. Er erwähnt die Oedeme renalen Ursprunges, das Oedema fugax, das allgemeine Anasarca und die entscheidende Rolle von Seiten des Herzens. Hinsichtlich der Diagnose sind durch Achard und Castaigne neue Wege eröffnet worden. Die Therapie muss hauptsächlich prophylactischer Natur sein; wenn letzteres jedoch eine Unmöglichkeit geworden ist, so muss nach den allgemein bekannten Grundsätzen vorgegangen werden. Hauptaugenmerk ist auf den Zustand des Herzens zu legen.

P. F. Richter (Berlin) weist zunächst auf die Bedeutung der Korany i'schen Methode, der Gefrierpunktsbestimmung im Blute, für die Diagnose der Niereninsufficienz hin. Namentlich aber für die Praxis, für die Aussichten eines eventuellen chirurgischen Eingriffes, ist eine andere Frage wichtig, nämlich die, wie sich die beiden Nieren in die gemeinsame Arbeit theilen. In Gemeinschaft mit Casper hat Redner diese Frage durch Combination der Achard'schen Phloridzinmethode mit dem Ureterencatheterismus zu lösen versucht. Es hat sich gezeigt, dass unter normalen Umständen jede der beiden Nieren nach Phloridzin die gleichen Mengen Zucker producirt. Das ändert sich bei einseitiger Nierenerkrankung; die kranke Niere producirt weniger, die hochgradig erkrankte überhaupt keinen Zucker mehr. Die Menge des ausgeschiedenen Zuckers nimmt im Allgemeinen gradatim mit der Schwere der Erkrankung ab. Zusammen mit der Bestimmung der Harnstoffausscheidung jeder Niere und der cryoscopischen Bestimmung des von jeder Niere ausgeschiedenen Harnes ist auf diesem Wege ein sehr genauer Einblick in die Grösse der Nierenarbeit zu gewinnen.

De Dominicis (Neapel) zweifelt an dem renalen Ursprunge der Phloridzinglycosurie. Nach Injection von Phloridzin fand er bei einem Hunde im Blute 25 cg Glycose. Einige Tage später doppelseitige Nephrectomie, wieder Injection von Phoridzin, jetzt im Blute steigende Mengen von Zucker bis zu 80 cg. Die Nierenexstirpation allein vermehrt nicht die Glycämie. Danach können die Nieren nicht den Zucker bilden.

Widal (Paris) berichtet über Untersuchungen, die er gemeinsam mit mehreren Mitarbeitern angestellt hat über die Durchgängigkeit der kranken Nieren für eingeführte Substanzen (Salicylsäure, Methylenblau) und Bestimmung der molecularen Concentration des Blutes mittelst der Methode der Gefrierpunktsbestimmung in Fällen von parenchymatöser Nephritis bei Men-

schen und Thieren (experimentell erzeugt). So fand sich zum Beispiel bei einem Kranken mit parenchymatöser Nephritis ohne Urämie eine Verlängerung der Ausscheidung des Methylenblau und sehr erhebliche Steigerung des Gefrierpunktes des Blutes. Bei sieben Kaninchen wurde durch Chromsäureinjectionen eine Nephritis erzeugt, die Nieren zeigten sich für Salicylsäure so durchgängig wie normal, bei Methylenblau trat eine verlängerte Ausscheidung unter der Form des Chromogens ein. Das Serum dieser Thiere war bei intercerebraler Injection auf Meerschweinchen giftig in Dosen von 0.1 cm, auf Kaninchen 0.5 cm. Nach Zustandekommen der Nierenläsion blieb die Injection des Serums in selbst grösseren Dosen wirkungslos.

B a r d (Lyon) erwähnt seine bereits publicirten Untersuchungen, wonach die Durchlässigkeit der Nieren, am Methylenblau gemessen, vermindert ist bei interstitieller Nephritis, vermehrt dagegen bei parenchymatöser Nephritis. Wahrscheinlich verhält es sich so auch bei der Urämie.

B e r n a r d (Paris) bemerkt, dass man wohl nicht berechtigt ist, aus dem Verhältnisse des experimentell eingeführten Methylenblaus allgemeine Schlussfolgerungen auf die Durchgängigkeit der Nieren abzuleiten, die ja für einzelne Substanzen verschieden sein kann. Er giebt der Cryoscopie (Gefrierpunktsbestimmung) den Vorzug, weil diese Methode gleichzeitig auf Harn und Blut anwendbar ist und dadurch ein werthvoller Vergleich geboten ist. Es hat sich ergeben, dass die Durchlässigkeit der Nieren, deren Wesen man besser als „secretorische Nierenfunction" bezeichnen würde, bei den verschiedenen Formen der Nierenkrankheiten verschieden ist; sie ist aber unabhängig von der Existenz anatomischer Läsionen. Bei der Urämie erweisen sich die Nieren in diesem Sinne sogar functionsfähig, sie darf also nicht ausschliesslich auf eine Undurchlässigkeit der Nieren zurückgeführt werden. Undurchlässigkeit ist noch von Insufficienz zu trennen.

3) W m. M o o r e (New York) beschreibt eine Substanz, welche er vor Kurzem im Harn entdeckt hat. Sie wird durch einen complicirten Process, dessen Hauptsache die Behandlung des Urins mit Alcohol bildet, gewonnen. M. nennt diesen neuen Stoff U r e i n; dasselbe ist fettiger Natur und hinterlässt auf dem Filtrirpapier fettige Flecken. Es ist von ganz leicht alkalischer, nahezu neutraler Reaction und beim Veraschen bleibt reine Kohle zurück. M. hält das Urein für die Ursache der Urämie, sobald infolge Niereninsufficienz dasselbe sich im Körper anhäuft. Thieren injicirt bewirkt es Coma und schliesslich Tod unter Convulsionen, die denen bei Urämie auftretenden gleichen.

4) T a r u e l l a (Barcelona) theilt seine Erfahrungen mit, die er bei der Behandlung von 8 Nephritisfällen mit Nierenextract gemacht hatte. Vier dieser Fälle waren interstitielle Nephritis und wurden durch diese Behandlung, so weit nach den objectiven Symptomen geurtheilt werden konnte, nicht besonders beeinflusst, wenn auch die Patienten sich subjectiv besser fühlten.

Ein Fall von hämorrhagischer Nephritis schien sich sehr gebessert zu haben. Die drei übrigen Fälle betrafen parenchymatöse Nephritis und bei ihnen war eine deutliche Besserung wahrzunehmen. Die Harnmenge und Harnstoffausscheidung nahm zu und die Eiweissmenge im Urin verringerte sich. Ebenso schwand der Hydrops und die Arbeitsleistung des Herzens steigerte sich. Taruella neigt sich der Ansicht zu, dass in den Fällen, in denen nur die Epithelien afficirt sind, von der Organtherapie mit Nierenextract eine günstige Wirkung zu erwarten ist.

5) E. Sergent und L. Bernard: *La maladie d'Addison et le syndrôme de l'insuffisance capsulaire.* Die Vortragenden haben schon in einer früheren Arbeit den Nachweis zu liefern versucht, dass von der Addison'schen Bronzekrankheit der klinische Symptomencomplex der Insufficienz der Nebennieren unterschieden werden muss. Letzterer ist immer an destructive Veränderungen in den Nebennieren gebunden und entspricht der Hauptsache nach den Fällen, die man als „formes frustes" der Addison'schen Krankheit beschrieben hat. Braunfärbung der Haut ist immer von der Addison'schen Bronzekrankheit unzertrennlich und im weiteren Verlaufe des Leidens können Erscheinungen auftreten, die der Insufficienz der Nebennieren zugeschrieben werden müssen. Eine Trennung beider Zustände findet ihre Begründung darin, dass die Bronzekrankheit auch vollkommen unabhängig von einer Läsion der Nebennieren sich entwickeln kann (nervöse Theorie), während der Symptomencomplex der Nebenniereninsufficienz eine destructive Veränderung in den Nebennieren nothwendigerweise voraussetzt. Die Nebenniereninsufficienz steht in demselben Verhältniss zu den Läsionen der Nebennieren wie die Leberinsufficienz zu den acuten oder chronischen Hepatitiden. Sie kann ganz plötzlich und mitten im besten Wohlsein auftreten, oder sie kann sich ganz allmählich entwickeln im Anschluss an kürzere oder längere Zeit vorausgegangene Traumen. Das Auftreten der klinischen Symptome erinnert im Grossen und Ganzen an die Erscheinungen, die der experimentellen Exstirpation der Nebennieren folgen.

6) Boinet: *Recherches expérimentales sur les fonctions des capsules surrénales.* Bei der Ratte liegen die Nebennieren so frei und beweglich, dass sie vom Rücken aus leicht exstirpirt werden können. Viele dieser Thiere lebten darnach noch länger als ein Jahr. Von mehreren 100 Versuchsthieren wurden bei einigen 20 darnach die Entwickelung des Morbus Addisonii beobachtet. Es fand sich schwarzes und braunes Pigment im Blut, in den Zellen und Organen.

7) Sansoni und Serono: *Recherches sur la dégénérescence graisseuse du foie dans l'empoissonement par le phosphore.* Bei der acuten Phosphorvergiftung ist das Leberfett erheblich vermehrt, hervorgegangen aus den höheren Fettsäuren. Ein Theil des Fettes stammt von der fettigen Entartung der Leber selbst, wahrscheinlich infolge der Zerstörung der fettbil-

denden Substanzen (Lecithin, Eiweiss). Der grösste Theil aber stammt aus den Fettsäuren, welche aus eben diesen Muttersubstanzen in allen Geweben des Körpers gebildet worden sind. Dagegen rührt es nicht vom Unterhautfettgewebe her, weil es nicht aus Neutralfett besteht.

8) Blum: *Neue, experimentell gefundene Wege zur Erkenntniss und Behandlung von Krankheiten, die durch Autointoxicationen bedingt sind.* Innerhalb des Organismus entstehen beständig bestimmte Gifte, die unter normalen Verhältnissen von der Schilddrüse unschädlich gemacht werden. Diese Gifte entstammen dem Intestinalcanal (Enterotoxine) und zwar höchst wahrscheinlich der Eiweissfäulniss, so dass sie in ihrer Beschaffenheit und Menge einerseits von der Natur der faulenden Eiweisssubstanz und den übrigen den Nährboden bildenden Stoffen und andererseits von den die Fäulniss verursachenden Microben abhängig sind. Fällt die Thätigkeit der Schilddrüse aus und gelangen die Enterotoxine ungehindert zur Entwicklung auf den Organismus, dann verursachen sie schwere Störungen, mit denen gleichzeitig sich ausnahmslos anatomisch nachweisbare Veränderungen an bestimmten Organen entwickeln. Bei stürmischem Krankheitsverlauf erweist sich nur das Centralnervensystem verändert; haben die Enterotoxine etwas längere Zeit schädigend eingewirkt, dann zeigen regelmässig auch die Nieren Veränderungen und zwar neben Degenerationen am Parenchym hauptsächlich interstitielle Wucherung und Infiltration in der Umgebung der Glomeruli (Nephritis autointoxicatoria). Diejenigen Thiere, die, sei es spontan, sei es nach geeigneter Behandlung trotz Ausschaltung der Schilddrüsen gesund geblieben oder nach Krankheit gesund geworden sind, besitzen in ihrem Blute Schutzstoffe gegen jene Enterotoxine. Die bei ihrem Durchgang durch die gesunde Schilddrüse aufgegriffenen Enterotoxine werden dort als hochmoleculäre Verbindungen (Thyreotoxalbumine) abgelagert und allmählich entgiftet. Die ehedem als specifische Jodsubstanz der Schilddrüse bezeichnete Verbindung ist nur ein intermediäres Product in diesem Umwandlungsprocess und stellt ein mehr oder weniger unvollständig mit Jod gesättigtes Thyreotoxalbumin dar. Auch gegen dieses Thyreotoxalbumin, das bei intactem Schilddrüsenstoffwechsel niemals in den Kreislauf übertritt, giebt es sowohl eine natürliche (präexistirende) als auch eine erworbene Immunität. Immunität gegen Enterotoxin bedingt keine solche gegen Thyreotoxalbumin und andererseits hat auch die Immunität gegen Thyreotoxalbumin noch nicht eine Unempfindlichkeit gegen das freie Enterotoxin zur Folge. Die Ergebnisse der mitgetheilten Thierexperimente machen es im hohen Grade wahrscheinlich, dass auch beim Menschen mehr Arten von Erkrankungen, als man bisher annehmen durfte, mit Darmvorgängen und Insufficienz der Schilddrüse in Zusammenhang stehen; sie modificiren aber auch die bisherigen Auffassungen von dem Wesen einiger Schilddrüsenerkrankungen. Auch therapeutische Maassnahmen liessen sich aus den Versuchen ableiten.

Referate und Kritiken.

Arzneiverordnungslehre für Studirende und Aerzte. Von Prof. Dr. Rudolf Kobert. Dritte erweiterte Auflage. Mit 207 Abbildungen und 25 Tabellen. Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart 1900.

Kobert's Arzneiverordnungslehre ist nunmehr in dritter, erheblich erweiterter Auflage erschienen und wird voraussichtlich auch in seiner neuen Form eine ebenso günstige Aufnahme finden, wie dies mit den beiden vorhergegangenen Auflagen der Fall gewesen war. Das Buch soll, wie der Verf. in dem Vorwort zu der neuen Auflage betont, eine Brücke bilden zwischen Arzt und Apotheker. Der Arzt soll durch die Lectüre desselben davor bewahrt werden, sich allzu oft dem Apotheker gegenüber in der peinlichsten Weise zu compromittiren. Der Apotheker soll durch das Buch in den Stand gesetzt werden, den Wünschen des Arztes auf halbem Wege entgegenzukommen und sich über alles zu orientiren, was der Arzt etwa von ihm verlangen könnte. Die Arzneiverordnungslehre, nicht zu verwechseln mit der Arzneimittellehre, bildet das Stiefkind beim medicinischen Unterricht. Zahlreiche Studirende hören das Fach der Verordnungslehre und Receptirkunst überhaupt nicht, sondern sie begnügen sich, in den Kliniken die am häufigsten vorkommenden Recepte ohne jede Kritik zu notiren oder eine die Recepte irgend einer Klinik enthaltende eselsbrückenartige Zusammenstellung zu kaufen, und diese muss für die ersten Jahre der Praxis vorhalten. Erwacht dann allmählich das Verlangen nach neuen Mitteln und neuen Formen der Verordnung, so wird dasselbe durch die in medicinischen Journalen überreichlich vorhandenen Recepte, die man noch dazu meist aus einem ungenauen kurzen Referat nimmt, bald gestillt. Dass hier in den Vereinigten Staaten die Verhältnisse nicht besser, sondern eher noch schlimmer sind, ist bekannt. Dies beweist die Unzahl von sogen. Patentmedicinen, die tagtäglich von vielen Aerzten verschrieben werden, beweist ferner die sinnlose Art und Weise, wie viele Aerzte die heterogensten Stoffe in grosser Zahl in ihren Recepten zusammenstellen.

Es kann daher nur mit Freuden begrüsst werden, wenn mit der Kobert'schen Arzneiverordnungslehre dem ärztlichen Stande ein Werk geboten wird, das in kaum zu übertreffender Weise dem Mediciner die mit der übrigen Wissenschaft keineswegs identische pharmacologische Nomenclatur beibringt, ihn mit dem Inhalt und dem Wesen der Pharmacopoe bekannt macht, ferner nicht nur die Dosen für Kinder und Erwachsene und die Maximaldosen lehrt, sondern auch, wie viel Tropfen bei verschiedenen officinellen Flüssigkeiten ein Gramm ausmachen, wie viel Gramm einen Esslöffel, wie viel Wirksames in einem Löffel Digitalisinfus, in einem Tropfen Opiumtinctur enthalten ist etc. Sodann behandelt das Werk die practischsten Formen,

Applicationsorte und Applicationsweisen, sowie die Zeitpunkte für die Einverleibung der Mittel, bespricht die zur Erzielung dieser Formen nöthigen und für die betreffenden Applicationsorte passenden Vehikel nach ihrer pharmacologischen und chemischen Seite hin, bespricht die Corrigentien und physicalisch-mechanischen Hülfsmittel, welche den Arzneien das unseren Sinnen Unangenehme (schlechte Farbe, schlechten Geruch, schlechten Geschmack) benehmen und macht schliesslich auf die bei unpassender Combination der Mittel mit anderen Mitteln, sowie mit Vehikeln und Corrigentien etwa entstehenden Verfärbungen, Zersetzungen oder Ausfällungen aufmerksam. So stehen die Abschnitte über unrationelle Arzneimischungen, Verstösse gegen die Löslichkeit, gegen das schöne Aussehen, gegen die Haltbarkeit, über explosible Arzneimischungen bezüglich ihrer practischen Wichtigkeit mit in erster Linie.

Näher auf den Inhalt des ganz vorzüglichen Werkes einzugehen, ist leider an dieser Stelle nicht angängig, es seien in Nachfolgendem nur noch zwei Stellen aus demselben hervorgehoben, da dieselben speciell auf die hiesigen Verhältnisse passen. So schreibt K. Seite 6 bezüglich der Receptblätter Folgendes: „Nicht selten werden von den Apothekern dem neueingetretenen Arzte solche zum Geschenk gemacht, welche in besonders fettem Druck den Namen und die Hausnummer einer Apotheke enthalten, welche dadurch die sämmtlichen Patienten dieses Arztes für sich gewinnen will. Derartige Blankette soll der Arzt zurückweisen, weil er dadurch in den Verdacht kommt, dass ihm von dieser Apotheke irgend welche Vortheile zu theil werden." Ferner Seite 58: „Die in Amerika eingebürgerte Unsitte, dass der Arzt vom Apotheker von den Recepten, namentlich wenn sie theurer sind, eine Tantième erhält, sollte bei uns mit gesetzlicher Strafe bedroht werden." Bezüglich des letzteren Passus, sind wir in der glücklichen Lage, dem Verf. entgegenhaltten zu können, dass derselbe hier in den Vereinigten Staaten auf die wirklich anständigen Aerzte keine Anwendung finden kann, während hingegen die angesehensten Aerzte, die um keinen Preis gegen die „Ethics" verstossen wollen, ohne Bedenken sich von den Apothekern Receptformulare schenken lassen und dadurch für die eine oder andere Apotheke zu Reclameträgern werden. Eine Aenderung in dieser Beziehung wäre sehr erwünscht.

K o b e r t's Arzneiverordnungslehre kann den Aerzten nicht warm genug empfohlen werden.

Des Haarschwunds Ursachen und Behandlung. Dr. J e s s n e r's Dermatologische Vorträge für Praktiker. Heft 1. A. Stuber's Verlag (C. Kahitzsch). Würzburg 1900.

Das vorliegende Heft behandelt die Aetiologie und Therapie des Haarschwundes in klarer und sachlicher Weise und ist hauptsächlich für den Praktiker geschrieben. Bei der grossen Wichtigkeit des Gegenstandes verdient dasselbe die weiteste Verbrei-

tung unter den practischen Aerzten. Die nachfolgenden Hefte der Jessner'schen dermatologischen Vorträge werden eine Reihe nicht weniger wichtiger Stoffe zum Inhalt haben, und kann daher die Subscription auf die ganze Reihenfolge — jährlich erscheinen drei Hefte, deren jedes ein in sich abgeschlossene Thema behandelt — sehr empfohlen werden.

Chemie der Eiweisskörper. Von Dr. Otto Cohnheim, Privatdocent der Physiologie an der Universität Heidelberg. Verlag von Friedrich Vieweg und Sohn. Braunschweig 1900.

Das vorliegende Werk ist ein Sonder-Abdruck aus Band IX. von Roscoe-Schorlemmer's „Ausführlichem Lehrbuch der Chemie," herausgegeben von Prof. Dr. J. W. Brühl in Heidelberg, und man muss sagen, dass sich Verf. seiner schwierigen Aufgabe, eine Chemie der Eiweisskörper zu schreiben, in vorzüglicher Weise erledigt hat. Die Darstellungsweise ist klar und übersichtlich, der Stoff ist mit erschöpfender Ausführlichkeit behandelt, alles Nebensächliche ist bei Seite gelassen. Zahlreiche eingestreute Literaturangaben geben Anhaltspunkte für ein weiteres Studium. Der allgemeine Theil beschäftigt sich mit den physicalischen, colloiden, sowie den chemischen Eigenschaften der Eiweisskörper, mit den Spaltungsproducten derselben, mit ihrer Eintheilung und ihren Umwandlungsproducten. Der specielle Theil behandelt die eigentlichen Eiweisse, die Proteide und die Albuminoide. Das Studium des Werkes ist nicht nur für den Chemiker, sondern auch für den wissenschaftlich gebildeten Arzt von grossem Interesse.

Medicinisches Wörterbuch der deutschen und französischen Sprache. Von Dr. P. Schober. Zweiter Band: Deutsch-französisches medicinisches Wörterbuch. Mit einer Vorrede von Dr. L. Lereboullet. Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart 1900.

Dem schon früher erschienenen ersten Bande ist nunmehr der zweite gefolgt, und kann das über jenen seiner Zeit ausgesprochene günstige Urtheil auch auf den vorliegenden zweiten Theil voll und ganz angewandt werden. Das medicinische Wörterbuch von Schobert ist für einen jeden deutschen Arzt, der sich mit der französischen medicinischen Literatur beschäftigt oder französische medicinische Congresse oder Institute besuchen will, ein unbedingtes Bedürfniss.

Grundriss der orthopädischen Chirurgie. Für practische Aerzte. Von Dr. Max David, Specialarzt für orthopädische Chirurgie, fr. Assistent an der Königl. Universitätspoliklinik für orthopädische Chirurgie in Berlin. Mit 129 Abbildungen. Verlag von S. Karger. Berlin 1900.

Verf. wendet sich mit dem vorliegenden Werke an die Nichtspecialisten, denen er durch dasselbe ein Hülfsmittel an die Hand

geben will, auch ohne den kostspieligen Apparat eines Institutes oder einer stationären Klinik ihre Patienten der Vortheile einer orthopädischen Behandlung theilhaftig werden zu lassen. Er beschränkt sich daher bei der Darstellung auf eine Beschreibung derjenigen Methoden, die auch der Practiker leicht ausführen kann, und hat theoretische Deductionen nur soweit berührt, als sie für das Verständniss der therapeutischen Eingriffe nothwendig sind. Die beigegebenen Abbildungen sind sämmtlich sehr instructiv und ergänzen den Text in vortheilhafter Weise. Das Buch ist sehr empfehlenswerth.

Die Pflege und Ernährung des Säuglings. Ein Rathgeber für Mütter und Pflegerinnen. Von Dr. med. Friedmann. Verlag von J. F. Bergmann. Wiesbaden 1900.

Das kleine Büchlein erfüllt den Zweck, zu dem es geschrieben wurde, in ganz vorzüglicher Weise. Es soll den Arzt nicht ersetzen, sondern seine Anweisungen und Belehrungen nur unterstützen. Die Belehrung, die das Buch bietet, reicht in der That, wie sich Verf. im Vorwort ausspricht, nur bis an die Schwelle des Krankenzimmers. Die Mutter soll wissen, welches die Lebensäusserungen und Bedürfnisse ihres Kindes in gesunden Tagen sind, und wie sie sich zu verhalten hat, um Erkrankungen desselben möglichst zu verhüten. So unterrichtet wird sie dann auch am Krankenlager des Säuglings die ärztlichen Anordnungen verstehen und richtig ausführen.

Experimentelle Untersuchungen über die Pathologie der Cholämie und die daraus sich ergebenden Grundsätze für die Therapie der von der Cholämie begleiteten Leberkrankheiten. Von Dr. med. Adolf Bickel. Verlag von J. F. Bergmann. Wiesbaden 1900.

Wie Verf. in der Einleitung auseinandersetzt und durch historische Angaben nachweist, wurde zu allen Zeiten der Frage nach der Pathogenese der Cholämie von Seiten der Aerzte ein reges Interesse entgegengebracht. Da jedoch die einzelnen Forscher die Lösung dieses Problems in der widersprechendsten Weise versucht haben, wirft Verf. von Neuem die Frage nach der Pathogenese der Cholämie auf, um sie an der Hand der Errungenschaften der modernen Physiologie mit Hülfe des Thierexperimentes ihrer Lösung einen Schritt näher zu bringen.

Die Cholämie ist nur ein Symptom, oder besser gesagt, ein Symptomencomplex, der die verschiedenartigsten Lebererkrankungen begleitet, und jedesmal, wenn man Cholämie antrifft, kann man eine gleichzeitige Schädigung der Leberparenchymzellen nie mit Bestimmtheit ausschliessen. Es musste daher bei dem Studium der Pathogenese der Cholämie ebensowohl die Schädigung der Leberdrüsenzellen, wie auch die Gallenstauung und damit verbunden die Ueberschwemmung des Körpers mit Bestandtheilen der fertigen Galle ins Auge gefasst werden. Die vorliegende Arbeit zerfällt demgemäss in zwei Hauptabschnitte: I.

Der Zerfall der Zellen des Leberparenchyms als Ursache der Cholämie. II. Die Rückstauung der Galle als Ursache der Cholämie. In Bezug auf den Zerfall der Leberzellen als Ursache der Cholämie kommen drei Punkte in Betracht: a) Die vom Abbau der Zellsubstanz herrührenden intermediären Stoffwechselprodukte, die von der Leber zu Harn- oder zu Gallenbestandtheilen umgeformt werden, nebst den anderen, nicht vom Abbau der Zellsubstanz herrührenden Vorstufen der Bestandtheile der fertigen Galle; b) die von der Darmfäulniss herrührenden, resorbirten Körper, die von der Leber verändert werden; c) die Zerfallsproducte der Leberzellen selbst, nebst allen den Körpern, die den Zerfall unter Umständen bewirken können. Verf. hat nun bezüglich dieser Punkte zahlreiche Thierversuche angestellt, die er in seiner Arbeit näher mittheilt, und als deren Resultat hervorgeht, dass zur Erklärung der Cholämie hinsichtlich des ersten Punktes die Ammoniakverbindungen, das milchsaure, kohlensaure und carbaminsaure Ammoniak neben dem harnsauren Ammoniak in Betracht kommen, dass ferner hinsichtlich des zweiten Punktes, der die von der Darmfäulniss herrührenden, resorbirten Körper, die von der Leber verändert werden, betrifft, angenommen werden muss, dass, soweit unsere Kenntnisse über diese Körper reichen, das Leucin und Phenol als krampferregend zu erachten sind und dass der Asparaginsäure gleichfalls, wenn auch zum Theil in etwas anderer Weise, ein schädlicher Einfluss auf Herz und Nervensystem zusteht. Die Zerfallsproducte der Leberzellen selbst wird man nach der Meinung des Verf. zur Erklärung der Cholämie nicht zu hoch anschlagen dürfen, und man wird andererseits dieses Moment überhaupt nur dann heranziehen, wenn es sich um einen raschen und ausgedehnten Zerfall der Leber handelt.

Bezüglich des zweiten Abschnittes: Die Rückstauung der Galle als Ursache der Cholämie, so ist Verf. durch seine auch in dieser Hinsicht zahlreich angestellten Thierversuche zu folgendem Ergebniss gekommen: Die Galle, wie die gallensauren Natronsalze sind für das Nervensystem der Säugethiere starke Gifte. Ihr Auftragen auf die Oberfläche der Hemisphären ruft verschiedenartig characterisirte Gehirnsymptome, vor allen Dingen aber Bewusstseinsverlust und Krämpfe, daneben maniacalische und kataleptische Zustände, nebst Störungen seitens der Athmung und der Sensibilität und ausserdem eine enorme Speichelsecretion hervor.

Verf. glaubt auf Grund seiner eigenen Thierversuche, sowie der seitens anderer Forscher angestellten Experimente die Berechtigung zu haben, als sicher feststehend anzunehmen, dass die Cholämie eine Intoxicationskrankheit ist.

Im Schlussabschnitte seiner Arbeit macht Verf. einige Vorschläge bezüglich der Therapie, die sich aus seinen Studien ergeben haben. Erstens muss man die Stickstoffeinfuhr herabsetzen und zweitens Stickstoff sparen, d. h. man sucht alle die

Vorgänge im Körper zu reduciren, die stickstoffhaltige Verbindungen frei werden lassen. Auf Grund der ersten Forderung wäre bei den Kranken die Eiweissnahrung einzuschränken. An ihre Stelle würde als Hauptnahrungsmittel die Milch zu treten haben, ausserdem Kohlehydrate und Fette. Bezüglich der zweiten Forderung muss man verlangen, dass durch körperliche Ruhe in weitestem Umfange der Eiweissumsatz und die daraus sich herleitende Bildung der N-haltigen Verbindungen eingeschränkt werden, und dass die Ausscheidung der bei dem Stoffwechsel der Zellen überhaupt entstehenden N-haltigen Substanzen durch Darreichung von diuretisch wirkenden Körpern nach Kräften gefördert werde.

Ein reichhaltiges und ausführliches Literaturverzeichniss ist der interessanten Arbeit beigegeben, die bei der Wichtigkeit des Gegenstandes und der durch sie zu Tage geförderten Ergebnisse ein eingehendes Studium verdient. R.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

Münchener Medicinische Wochenschrift, 1900. No. 12 mit 16.

1) L. Seitz: *Versuche mit localer Alcoholtherapie in der Gynäcologie.*

Die Ausführungen Buchner's auf der 71. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in München (siehe Monatsschr., Jhrg. 1899, S. 515) über die günstige Wirkung der Alcoholverbände und die bisher damit gemachten guten Erfahrungen brachten S. auf den Gedanken, die bactericide Wirkung des Blutes auch bei den Erkrankungen der weiblichen Genitalien practisch zu prüfen. Der Alcohol kann, um auf die weiblichen Genitalien zu wirken, einmal äusserlich von den Bauchdecken — denn auch durch diese hindurch entfaltet nach den Untersuchungen Buchner's der Alcohol seine Wirkung — und dann von der Vagina aus angewendet werden. Die Application auf die Bauchdecken geschah in der Weise, dass eine Lage Watte mit Guttapercha und einem dünnen Tuchstoffe überzogen, die Watte gehörig mit 96 proc. Alcohol durchtränkt und dann das Ganze nach Art einer Schürze über das Abdomen gut anliegend festgebunden wurde. Nachtheilige Folgen konnte S. bei dieser Anwendungsweise niemals constatiren, allein er war auch nicht im Stande, irgend etwas Vortheilhaftes zu entdecken. Am meisten geeignet erscheint die Alcoholtherapie noch bei der Tuberculose des Peritoneums zu sein.

Da die Erfolge mit der Alcoholanwendung von den Bauchdecken aus negative waren, versuchte S. die vaginale Anwendung, in der Hoffnung, dass von hier aus die Wirkung eine energi-

schere und günstigere sein würde. Allein auch in dieser Hinsicht waren die erhaltenen Resultate nicht befriedigend. Eine günstige Wirkung des Alcohols war nur in einem Falle nachweisbar, bei chronischer Metritis und Endometritis fungosa mit ausserordentlich starker Secretion. Hier war es aber lediglich die Wasserentziehung, die den Erfolg zeitigte. In solchen Fällen scheint eine Alcoholanwendung ganz geeignet und von Nutzen zu sein und mindestens ebensoviel wie andere Methoden zu leisten. Ferner erscheint eine weitere Prüfung bei Fällen von tuberculöser Peritonitis angezeigt.

2) B e r g m a n n: *Ein Fall von acuter Cocainvergiftung.*

Es handelte sich um einen Pat. mit typischer Ischias. Um demselben Linderung zu verschaffen, machte B. ihm eine Cocaininjection in den Glutaeus und verwandte dazu 1 ccm einer frisch bereiteten 5 proc. Lösung von Cocain. mur. Der Erfolg war ein eclatanter. Nach 5 Minuten empfand der Kranke auch nicht mehr eine Spur der vorher so heftigen Schmerzen. Auf seine dringenden Bitten machte B. am nächsten Tage abermals eine Injection und zwar in das obere Drittel der Wade in der Richtung auf den N. peronens 0,03 Cocain, also 0,02 weniger als am Tage zuvor. Schon nach 3 Minuten traten heftige Vergiftungserscheinungen auf, die nach Application von kalten Umschlägen auf Herzgegend und Kopf und Einflössen von starkem schwarzen Kaffee nach Verlauf von ½ Stunde wieder wichen. Die ischiadischen Schmerzen waren vollkommen gewichen und sollen seitdem überhaupt nicht wieder aufgetreten sein. Der Fall lehrt, dass sich Ischialgien durch Cocaininjectionen bedeutend lindern, wenn nicht beseitigen lassen, dass aber andererseits Mengen, welche die maximale Einzeldosis noch nicht erreichen, schon Vergiftungen hervorrufen können. In dem vorliegenden Falle glaubt B. die rapide Intoxication auf eine event. Venenverletzung zurückführen zu können.

3) J. B a u e r: *Ueber nervöse Störungen des Herzens und ihre Beziehungen zum Militärdienst.*

Aus der interessanten Arbeit geht hervor, dass keineswegs alle jungen Männer, bei welchen functionelle Störungen des Herzens bestehen, dieserhalb zum Militärdienst untauglich erscheinen, ja im Gegentheil, für manchen derselben wird die zweckmässige und allmähliche Ausbildung der Muskeln auch das Herz kräftigen und somit direct zum Heilmittel werden. Wo die Grenze des Zulässigen gegeben erscheint, lässt sich freilich oft erst ermessen, wenn man einige Zeit hindurch die Wirkungen gesteigerter Muskelthätigkeit beobachtet hat. Von grossem Werthe dürfte es für die Aerzte sein, über hereditäre Verhältnisse, ferner über vorausgegangene Krankheitsprocesse, eventuell über das ganze Vorleben des betroffenen Individuums möglichst genauen Aufschluss zu erhalten.

4) M. Henkel: *Klinische Beiträge zur Tuberculose. Ein Beitrag zur Frühdiagnose der Lungentuberculose — die Punction der Lunge zum Nachweis der Tuberkelbacillen.*

Verf. hat die Erfahrung gemacht, dass nicht, wie meistens angenommen wird, die ersten physicalisch wahrnehmbaren Symptome der Lungentuberculose deutliche Dämpfung über einer Spitze, vesiculäres Athmen mit verlängertem, verschärftem Exspirium oder unbestimmtes Athmen, kleinblasige, klanglose bezw. bronchitische Rasselgeräusche sind, sondern dass vielmehr die ersten physicalischen Zeichen gewöhnlich gerade nicht über der Spitze mit einer Dämpfung auftreten; viel häufiger hat er gefunden, dass die ersten physicalisch nachweisbaren Erscheinungen, die die Phthisis pulm. incip. hervorruft, lediglich auscultatorischer Art sind, und dass ihr Sitz in der überwiegenden Zahl der Fälle die Fossa supraspinate, infraspinata, die Gegend zwischen den Schulterblättern ist, und dass sie vorn in der Fossa infraclavicularis zuerst auftreten. Hinten hört man auf einer Seite, während sonst In- und Exspirium noch unverändert sind, ein trocknes, giemendes oder knarrendes Geräusch von tonartigem, musicalischem Character, meist am Ende des Exspiriums. Dieses trockne, hohe und characteristische Geräusch, welches constant an der gleichen Stelle über Monate, selbst auch nach glücklichem therapeutischen Verlauf, gehört wird, vergleicht Turban nicht mit Unrecht mit dem „Winseln junger Hunde." Neben diesem physicalischen Frühsymptom der Lungentuberculose spielt das abgeschwächte rauhe, id est unreine Vesiculärathmen eine wichtige Rolle. Nach den Erfahrungen des Verf. leiten sie aber schon den Uebergang zu den etwas mehr vorgeschrittenen Fällen ein, denen sich dann das erste Auftreten percussorischer Differenzen anschliesst. Treten feuchte Rasselgeräusche, Knisterrasseln und Rasselgeräusche gröberen Calibers auf, so dürfte man wohl kaum noch von einer incipienten Phthisis reden.

Wohl in allen Fällen, wo überhaupt tuberkelbacillenhaltiges Sputum vorhanden ist, wird es heute gelingen, mit Hülfe der bestehenden Methoden die Tuberkelbacillen nachzuweisen. In den seltenen Fällen aber, wo der Auswurf fehlt und wo die klinische Beurtheilung einer Lungenerkrankung unklar bleibt, da wird man berechtigt sein, die Aspirationsmethode anzuwenden. Von dieser hat H. nie eine schädigende Wirkung gesehen. Grundbedingung ist strengste Asepsis. Die betr. Hautstelle wird (event. nach vorherigem Rasiren) mit sterilen Wattebäuschen, Seifenspiritus und Aether ausgiebig behandelt, die gutziehende Pravaz'sche Spritze in destillirtem Wasser ausgekocht. Sterilisation der Hände, Abspülen derselben mit sterilem Wasser oder Kochsalzlösung. Die Aspiration muss langsam und in kleinen Pausen ausgeführt werden. Zur bacteriologischen Untersuchung genügen minimale Mengen Aspirationsflüssigkeit. Verf. hat es kaum je erlebt, dass das nächste Sputum sanguinolent gefärbt

war, und auch dann nur vorübergehend; nie hat er wirkliche Lungenblutungen beobachtet. Manchmal ist im Anschluss an die Aspiration eine mässige, vorübergehende Temperatursteigerung eingetreten, über deren Bedeutung man bis jetzt noch keine sichere Vorstellung hat. Der günstigste Ort der Lungenpunction wird immer der sein, wo die physicalischen Erscheinungen am ausgesprochensten sind. Oftmals mag es auch gelingen, mit der Punctionsnadel durch das Gefühl des Widerstandes sich ein Urtheil über den Infiltrationsgrad der Lunge zu verschaffen, wenn eine alte Pleuraschwarte auszuschalten ist.

5) L. Huismans: *Ueber Morbus Addisonii.*

Verf. giebt Krankengeschichte und Sectionsbericht von 5 Fällen von Morbus Addisonii. In allen diesen Fällen war macroscopisch am Sympathicus und Ganglion coeliacum keine Veränderung. Auch fand sich niemals jene ausgedehnte, schon intra vitam palpable Verkäsung der Glandulae coeliacae, welche Leichtenstern für eine directe Läsion der die Nebennieren beherrschenden sympathischen Bahnen verantwortlich machte. H. fand als anatomisches Substrat Tuberculose und Schrumpfung der Nebennieren. In drei Fällen war gleichzeitig Lungen- und sonstige Tuberculose, in den anderen zwei fand sich die Tuberculose localisirt auf die Nebennieren und einseitig. Verf. bespricht dann noch des Weiteren die die Aetiologie der Addison'schen Krankheit behandelnde Literatur.

6) Eichel: *Ueber Hernia epigastrica.*

An der Hand einiger Kranken- und Operationsgeschichten bespricht Verf. die Aetiologie, Symptomatologie und Therapie der Hernia epigastrica. Dieselbe kommt in jedem Lebensalter vor, ausserordentlich selten im Kindesalter, wird sie am häufigsten im Alter von 20 bis 40 Jahren gefunden. Für die Entstehung kommen, abgesehen von den sehr seltenen Fällen, in denen ein congenitaler Defect der vorderen Bauchwand vorhanden war, in der Hauptsache zwei Möglichkeiten in Betracht. In der einen Kategorie der Fälle soll ein properitoneales Fettklümpchen durch ein präformirtes oder allmählich entstandenes Loch in der vorderen Bauchwand, die ja in der Linea alba nur von der Rectusscheide gebildet wird, durchschlüpfen und allmählich das Peritoneum nach sich ziehen. Der ausgestülpte Peritonealtrichter wird dann mit dem Bruchinhalt ausgefüllt. In der zweiten Kategorie wird durch irgend ein grösseres oder geringeres Trauma eine subcutane Zerreissung der vorderen Bauchwand hervorgerufen. Entweder reisst dabei das Peritoneum mit, dann ist das austretende Eingeweide nicht von einem Bruchsack bedeckt, oder das Peritoneum bleibt erhalten und stülpt sich allmählich aus dem Riss der Bauchwandungen heraus, dann hat der Bruch auch einen echten Bruchsack. Die traumatische Entstehung der Hernia epigastrica ist namentlich in jüngster Zeit für eine Reihe von Fällen sicher erwiesen.

Die Symptome bestehen der Hauptsache nach in Druckschmerzhaftigkeit im Epigastrium, gestörter Magen- und Darmfunction und daraus lässt sich bei gleichzeitigem Vorhandensein einer subcutanen Geschwulst in der Mittellinie zwischen Processus xiphoideus und Nabel die Diagnose einer Hernia epigastrica mit aller Bestimmtheit stellen. Bezüglich der Therapie verwirft Verf. das Anlegen von Bruchbändern ganz entschieden. Die einzig richtige Art der Behandlung besteht in der Operation, die vollkommen gefahrlos ist und die Beschwerden des Patienten mit einem Schlage beseitigt.

7) Rolly: *Ueber den Einfluss des Ichthalbin auf den Stoffwechsel und die Darmthätigkeit der Kinder.*

Nach den bisher vorliegenden Publicationen über Ichthalbin, eine Eiweissverbindung des Ichthyols, wurde dasselbe bei mancherlei Krankheitszuständen empfohlen. Um eine objective Grundlage für die Beurtheilung der Wirkungsweise des Ichthalbins zu gewinnen, wurden auf der Vierordt'schen Klinik in Heidelberg einerseits Stoffwechselversuche bei gesunden Personen angestellt, um den Einfluss auf die Ernährung zu studiren, andererseits wurden bei Darmkranken mit gesteigerten Fäulnissvorgängen Aetherschwefelsäurebestimmungen gemacht, welche über die Vorgänge im Darm, besonders die Abnahme der Darmfäulniss durch Ichthalbin Aufschluss geben sollten.

Aus den mitgetheilten Stoffwechselversuchen ergiebt sich ein ausgesprochen günstiger Einfluss des Ichthalbins auf den Stickstoffwechsel. Die Kinder, welche während der langen Vorperiode mit ihrer Nahrung zufrieden waren, klagten bald nach Darreichung des Mittels wiederholt über Hungergefühl und hätten gern grössere Rationen genommen. Bezüglich der Untersuchungen über die Darmfäulniss weisen die dabei erhaltenen Resultate darauf hin, dass zwar während der kurzen Versuchsdauer (3—4 Tage) die Fäulnissvorgänge nicht dauernd aufgehoben, wohl aber während der Ichthalbinperiode so abgeschwächt wurden, dass die Menge der resorbirten Fäulnissproducte sehr gering wird. Erst durch länger fortgesetztes Darreichen von Ichthalbin konnte, wie die Krankengeschichten zeigen, in vielen Fällen eine bleibende Besserung, resp. Heilung des Catarrhs erzielt werden. Trotzdem in vielen Fällen nachgewiesen wurde, dass die Menge der Aetherschwefelsäure durch Ichthalbin schnell herabgesetzt wird, behielten doch die Stühle ihren stinkenden Character auch bei anderen Patienten öfters längere Zeit bei, was vorderhand nicht erklärlich ist, besonders da die klinischen Erfolge hierbei befriedigend waren.

So viel scheinen die angestellten Versuche jetzt schon zu beweisen, dass die Herabminderung der Darmfäulniss durch Ichthalbin ebenso prompt erreicht wird, wie durch Jodoform oder in anderem Sinne durch Calomel. Sollten fernere Untersuchungen in demselben Sinne ausfallen, so könnte man Calomel in der

Kinderpraxis überall dort durch Ichthalbin ersetzen, wo nicht gleichzeitig eine purgirende Wirkung erwünscht ist. Letzteres hätte vor dem Calomel vor Allem den Vortheil, dass es unbegrenzt lange Zeit hindurch gereicht werden kann, indem es den Kräftezustand nicht durch Erregung von Durchfall schwächt, wie es bei Calomeldarreichung die Regel ist.

8) Peters: *Ueber die Wirkung des Dormiol, eines neuen Schlafmittels.*

Das Dormiol besteht aus einer Verbindung eines Molecüles Chloral mit einem Molecüle Amylenhydrat, ist eine ölige, farblose Flüssigkeit von spec. Gewicht 1,24, eigenem, campherartigem Geruch und kühlem, brennendem Geschmacke. Es wird von der chemischen Fabrik Kalle & Cie., Biebrich, als reines Dormiol oder in 10 proc. wässeriger Lösung (andere Lösungen werden wegen der schwierigen Bereitung nicht versandt) oder in Gelatincapseln von verschiedenem Gehalte geliefert. Verf. verfügt über 45 Fälle, bei denen das Dormiol zur Verwendung kam. Darunter fanden sich Fälle von functioneller Neurose mit hartnäckiger und schon lange bestehender Schlaflosigkeit. Genommen wurde das Mittel von den Kranken ausnahmslos ohne Widerwillen und zwar entweder in Form einer 10proc. wässerigen Lösung in Milch oder in Gelatincapseln von 0,5 g Gehalt. Der Geschmack war den Kranken nie unangenehm, einige gaben an, dass das Schlafmittel nach Ammoniak oder Aether schmecke.

Unangenehme Nebenwirkungen sind in keinem Falle aufgetreten. In 7 Fällen trat keine besondere Wirkung hervor, doch handelte es sich bei diesen um Kranke, welche von 1,0 Trional, 4—6 g Amylenhydrat etc. auch keine gleichmässig schlafmachende Wirkung hatten. Der Erfolg von Dormiol in Gaben von 2,0 g war auch in diesen Fällen dem der anderen Hypnotica ebenbürtig. In 81 Proc. der Fälle trat ein mehr oder weniger tiefer Schlaf ein. Besonders gute Dienste leistete das Dormiol bei der Schlaflosigkeit im Gefolge functioneller Neurosen.

Als Anfangsdosis, die in den meisten Fällen ausreichte, wurde gewöhnlich 0,5 g Dormiol gegeben. Die schlafmachende Wirkung trat durchschnittlich nach einer halben bis einer Stunde ein. Meistens genügten Gaben von 0.5 bis 1 g, selten trat die Nothwendigkeit hervor, mit der Dosirung bis auf 2,0 g zu steigen. Noch höher zu gehen, lag kein Grund vor, doch darf man auf Grund früherer Experimente erwarten, dass auch höhere Gaben ohne unangenehme Nebenwirkungen vertragen werden.

9) E. Doernberger: *Tannopin (Tannon) als Darmadstringens.*

Als sicher adstringirend, stopfend hat sich das Tannopin bei acuten Diarrhoen in den meisten Fällen des Verf. erwiesen. Es ist jedoch räthlich, um Rückfälle zu vermeiden, das Mittel nicht gleich nach Besserung des Zustandes auszusetzen. Dies dürfte noch mehr von den chronischen Affectionen gelten. Wie weit

die angegebene desinficirende Kraft sich im Darm geltend macht, ist noch nicht genügend erwiesen. Vielleicht ist es doch gerathen, ehe man zu stopfen, zu adstringiren wünscht, namentlich bei Kindern, wie früher Magen und Darm durch Calomel zu reinigen. Darin, dass man unter Umständen von dieser Maassnahme absehen muss, wenn Kinder durch mehrtägige Durchfälle fast collabirt sind, und dann lieber zu einem Adstringens, wie dem Tannopin greift, stimmt Verf. J o a c h i m bei. Einen grossen Vortheil für die Kinderpraxis hat das Mittel, weil es völlig geschmacklos ist.

10) C. L a u e n s t e i n: *Zur Catgut-Frage.*

Das Résumé der Bemerkungen des Verf. ist folgendes: Die Catgutfrage ist im Laufe der letzten Jahre insofern zu einem gewissen Abschluss gelangt, als eine ganze Reihe von Zubereitungsmethoden gefunden wurde, die die Gewähr eines keimfreien Catguts bieten. Kommen bei Verwendung solchen keimfreien Catguts doch Infectionen vor, so müssen sie auf secundäre Infection bezogen werden. Diese kann theils vor der Operation (Hände, Luft), theils im Körper des Operirten zu Stande kommen (Haut, Schleimhaut). Daher muss bei Verwendung des Catguts in jedem Falle vor Allem die Asepsis auf das Allerstrengste gehandhabt werden. Dazu verdient es in jedem Einzelnfalle Berücksichtigung, wie die Catgutnaht am zweckmässigsten anzuwenden sei. Vom wissenschaftlichen wie practischen Standpunkte erscheint es durchaus rationell, dem aseptischen Catgut noch antiseptische Eigenschaften hinzuzufügen. Die erwiesene Möglichkeit, das Catgut keimfrei zu machen, zusammen mit der unschätzbaren Eigenschaft seiner Resorbirbarkeit sichern ihm einstweilen als unübertroffenem Unterbindungs- und Nahtmaterial Bestand in der operativen Medicin. Soweit man es bis jetzt übersehen kann, würde das keimfreie Catgut, wie wir es heute besitzen, in Zukunft nur übertroffen werden durch ein gleichfalls resorbirbares Fadenmaterial, das aber weder die Eigenschaft hätte, in den Geweben des lebenden Körpers aufzuquellen, noch selbst ein guter Nährboden für Microbien wäre.

SITZUNGSBERICHTE.

Wissenschaftliche Zusammenkunft Deutscher Aerzte in New York.

S i t z u n g v o m 23. M ä r z 1900.

Vorsitzender: Dr. F o e r s t e r.

V o r s t e l l u n g v o n P a t i e n t e n.

1) Dr. N o r t h r u p stellt zwei Fälle von Tumoren an der Aussenseite der Wirbelsäule vor. In dem einen Falle handelte es sich um eine S p i n a b i f i d a, in dem anderen um ein An-

giom. In beiden Fällen ist die Behandlung eine expectative.

Discussion. Dr. Moschcowitz möchte wissen, wo das Angiom seinen Ausgang genommen hat, ob von Haut oder Unterhautzellgewebe.

2) Dr. Freudenthal stellt zwei Fälle von Larynxtuberculose vor, die er mit Orthoform behandelt hat. Er wendet zu diesem Zwecke eine 10procentige Emulsion mit Zusatz von Menthol an. Die Geschwüre müssen zuerst gereinigt werden, dann wird die Orthoformemulsion direct eingespritzt, und zwar genügt eine einmalige Application in der Woche, um eine gute Wirkung hervorzubringen.

Discussion. Dr. Koller hebt die günstige Wirkung des Orthoforms bei Cornealgeschwüren hervor. — Dr. Freudenthal macht auf die schädliche Einwirkung des Orthoforms auf die Haut (Eczeme etc.) aufmerksam.

3) Dr. Schapringer: Fall von einseitigem Nystagmus.

Der Fall betrifft ein achtjähriges Mädchen und ist es das rechte Auge, welches in unregelmässigen Perioden Zuckungen in verticaler oder in einer von der verticalen um wenige Grade abweichenden schiefen Richtung ausführt, welche aber von dem andern Augapfel nicht mitgemacht werden. Das Kind hatte kürzlich angefangen, zur Schule zu gehen. Dort war bemerkt worden, dass mit seinen Augen etwas nicht richtig sei und es wurde deshalb dem Vortragenden vorgestellt, um mit einer Brille versehen zu werden. Der rechte Augapfel, welcher in unregelmässigen Intervallen Zuckungen nach oben ausführt, ist etwas kleiner als normal (microphthalmisch) und um ein Geringes nach oben abgewichen (Strabismus sursum vergens). Die Peripherie der Iris scheint etwas nach hinten gezogen. Die Pupille ist mittelweit und lichtstarr. Fällt Tageslicht von Seite des Beobachters auf dieses Auge, so sieht man einen grauen Schimmer aus dem Augengrunde hervorleuchten. Mit Hülfe des Augenspiegels constatirt man vollkommene Durchsichtigkeit der brechenden Medien und totale Ablösung, welche aber nicht flottirt. Wie nach diesem Befunde zu erwarten, erwies sich dieses Auge bei vorgenommener Sehprüfung als vollkommen blind.

Die objective Untersuchung des andern (linken) Auges ergiebt normale Verhältnisse mit Ausnahme eines mässigen Grades von zusammengesetztem hypermetropischen Astigmatismus, für welchen das Mädchen mit einer entsprechenden Convexbrille versehen wird.

Concomitirende Zuckungen des Kopfes, wie solche gelegentlich bei Nystagmus vorkommen, sind in diesem Falle nicht zu beobachten.

Die Anamnese, deren Aufnahme bei dem geringen Bildungsgrade der begleitenden Mutter mit Schwierigkeiten verbunden war, ergab zunächst, dass das Kind in seinem dritten Lebensjahre einmal von Krämpfen befallen wurde, welche zwei Tage

lang anhielten, worauf das Kind wieder gesundete. Die zuckenden Bewegungen des rechten Auges sollen damals zuerst aufgetreten sein. Nach eindringlicherem Examen wurde aber zugestanden, dass der rechte Augapfel schon bei der Geburt kleiner erschienen sei als der linke. Es handelt sich demnach offenbar um einen angeborenen Bildungsfehler in der Form eines geringgradigen Microphthalmus mit totaler Netzhautablösung und der Nystagmus ist zweifelsohne mit diesem angeborenen Bildungsfehler zu verknüpfen.

Vortragender hebt das ausserordentlich seltene Vorkommen von einseitigem Nystagmus hervor. Was für Rarität ein solcher Befund ist, erhellt schon daraus, dass die einzeln vorkommenden Fälle in der periodischen Fachlitteratur noch immer eingehend mitgetheilt werden. Mit dem hier vorgestellten beläuft sich die Zahl der beobachteten Fälle auf rund 30. Höchst merkwürdig ist, dass bei einseitigem Nystagmus die Schwingungsrichtung meist vertical ist, während bei dem viel häufiger vorkommenden doppelseitigen Nystagmus verticale Schwingungen eine seltene Ausnahme bilden.

Vorzeigen von Präparaten.

Dr. Libman zeigt eine grosse Thymusdrüse, die von einem Falle herrührte, der bei Status lymphaticus plötzlich mit dem Tode endete.

Discussion. Dr. Koplik: Es ist sehr schwierig, in diesen Fällen von plötzlichem Tod bei vergrösserter Thymus den Zusammenhang festzustellen. Der Befund von Status lymphaticus ist ja sehr interessant, allein die Grösse der Thymus variirt bei verschiedenen Krankheiten. Es ist gewagt, einen derartigen plötzlichen Todesfall durch die vergrösserte Thymus zu erklären. — Dr. Northrup erwähnt einen plötzlichen Todesfall bei einem Säugling, bei welchem eine dermaassen enorme Thymusdrüse gefunden wurde, dass man daran dachte, die Mutter habe das Kind erwürgt. — Dr. Libman glaubt nicht, dass es auf die Grösse oder das Gewicht der Thymus ankommt, sondern auf die Dicke derselben. Ob diese in diesem Falle die Todesursache war, kann er nicht sagen.

Fälle aus der Praxis.

Dr. Langmann erwähnt, dass in den letzten Wochen bei ganz kleinen Kindern eine Grippe-Epidemie sich zeigte, bei denen ein den Rötheln ähnlicher Ausschlag bemerkbar war.

Dr. Rosenthal, stellvertr. Secretär.

Sitzung vom 27. April 1900.

Vorsitzender: Dr. Balser.

1) Dr. A. Jacobi: Fall von amaurotischer Familienidiotie.

Dieses Kind hier ist 13 Monate alt. Die Mutter hat ausserdem noch einen 5 Jahre alten Jungen, der gesund ist; ein anderes

Kind starb im Alter von 16 Monaten, nach den Angaben der Mutter an tuberculöser Meningitis und an Krämpfen. Als letzteres Kind 11 Monate alt war, fing es an zu kränkeln. Die Mutter giebt ferner an, dass das Kind auch zuvor nie sich aufgesetzt hatte und munter war wie andere Kinder, dass es aber die Mutter gekannt habe. Auch dieses Kind hier hat nie aufgesessen, nie gespielt und gelacht wie andere Kinder. Die Mutter weiss ganz bestimmt, dass es seit 4 Monaten weniger activ gewesen ist wie früher; dabei leidet es an Verstopfung. Die Mutter meint, dass das Kind zur Zeit besser sieht, als vor 14 Tagen, als Atropin angewandt worden war zur Augenuntersuchung. Die Macula lutea ist roth mit umgebender Atrophie. Die Thymusdrüse ist nicht vergrössert; es sind ferner leichte Lähmungserscheinungen an den oberen Extremitäten vorhanden. Sodann findet sich eine kleine Unregelmässigkeit bei der Pulmonalsystole, und das Kind wird leicht cyanotisch, wenn es schreit. Hinzufügen möchte ich noch, dass das Kind hier in den Vereinigten Staaten geboren ist, die Mutter in Deutschland und der Vater in Polen. Die Familie ist jüdisch. Dieses ist also wieder ein Fall von amaurotischer Familienidiotie. Bis jetzt ist kein zweifelloser Fall bekannt geworden, der in einer anderen als jüdischen Familie vorgekommen ist. Ich möchte ferner noch darauf aufmerksam machen, dass die Ansicht, dass alle Kinder in derselben Familie zu Grunde gehen, ungerechtfertigt ist.

2) Dr. A. Jacobi: Zwei Fälle von Cyanose.

a) Hier ist ein Kind, das ein Jahr und 5 Monate alt ist. Es ist entschieden kleiner und unentwickelter, als es seinem Alter entspricht. Das Kind wurde an der Brust aufgezogen, bis es 13 Monate alt war. Als das Kind 4 Monate alt war, wurde bemerkt, dass es blass und blau wurde, wenn es sich anstrengte; ferner wurde beobachtet, dass es sich in der letzten Zeit nicht mehr gut entwickelte, intellectuell und körperlich zurückblieb. Die Veränderungen sind folgende: Es ist ein starkes Tricuspidal- und Pulmonalgeräusch vorhanden, das sich in die beiden Carotiden, besonders links, fortsetzt. Hinten ist das Geräusch nur schwach hörbar. Ferner ist eine Dämpfung da, die sich von der Pulmonalgegend am linken Rand des Sternums hinaufzieht bis in die Gegend des Schlüsselbeins. Das Herz ist nur mässig vergrössert. Es handelt sich also um einen Fall von Offenbleiben des Ductus Botalli.

b) Diese Frau hier hat ausser diesem Mädchen noch 4 Kinder, die alle gesund sind. Dieses Mädchen hier ist 7 Jahre alt. Vor 3½ Jahren wurde bemerkt, dass das Kind blau wurde und dass die Finger anfingen, cyanotisch anzuschwellen. Kurz nachdem sich die ersten Zeichen der Cyanose bemerkbar gemacht hatten, bekam das Kind Keuchhusten. Die Cyanose hat nunmehr langsam zugenommen, das Kind kommt leicht ausser Athem, isst sehr schlecht, schläft aber gut. An dem Herzen ist

Folgendes zu bemerken: Der Puls ist langsam und unregelmässig; es besteht ein lautes Geräusch über der Aorta, ein beinahe ebenso starkes Geräusch über der Pulmonalis, ferner sind Geräusche über beiden Carotiden wahrzunehmen, aber auf beiden Seiten vollkommen gleichmässig. Mitralis und Tricuspidalis sind normal. Das Geräusch ist auch hinten hörbar und bis zu einem gewissen Umfang noch über der Bauchaorta. Dies ist ein Fall von Hemmungsbildung und zwar der Art, dass Aorta und Pulmonalis auf dem nicht vollständig gebildeten Ventrikelseptum reiten, so dass eine grosse Oeffnung vorhanden ist. Es ist zu bedauern, dass man derartige Fälle so selten zur Autopsie bekommt, und nur so konnte es kommen, dass bis vor einigen Jahren nur 16 Autopsiefälle von offen gebliebenem Ductus arteriosus Botalli bekannt geworden waren.

3) Dr. Koller: Zwei Fälle von Dermoid der Cornea.

Der erste Fall betrifft multiple Dermoidgeschwülste auf der Cornea bei einem 5 Monate alten Kinde. Auf der Cornea des linken Auges und zwar im inneren unteren Quadranten, in der Mitte zwischen Centrum und Rand, sitzt ein vollkommen runder, linsenförmiger Tumor von 3—4 mm im Durchmesser. Derselbe ist von röthlicher Farbe, opaque und sticht zum Unterschiede von der dunklen Iris sehr in das Auge. Seine Ränder sind steil abfallend und ca. 1½ mm hoch. Seine Oberfläche ist flach und scheint durchgehends glatt zu sein. Gegen den Cornealrand zu befinden sich weitere 4 bis 5 solcher Tumoren, die jedoch beträchtlich kleiner, mehr gelblich und weniger auffällig sind. Einer derselben hat seinen Sitz auf dem Corneascleralrand. Es handelt sich aller Wahrscheinlichkeit nach um Dermoide. Ungewöhnlich ist der Sitz in der Nähe der Mitte, da die Dermoide in der Regel auf der Grenze zwischen Cornea und Conjunctiva sitzen, ungewöhnlich ist ferner das multiple Vorkommen. Wie die Mutter des Kindes angiebt, wurde dasselbe mit diesen „Flecken" geboren, nur ist der centrale mittlerweile etwas gewachsen. Die operative Entfernung der Tumoren bietet keinerlei Schwierigkeiten.

Der zweite Fall betrifft eine erwachsene Patientin, bei der das Dermoid nach aussen und unten und zum Theil auf dem Corneascleralrand seinen Sitz hat.

Discussion. Dr. Gruening: Ich erinnere mich, einige Fälle von multiplen Dermoiden gesehen zu haben.

4) Dr. Willy Meyer: Dieser Junge kam im Mai 1898, damals 8½ Jahre alt, zum ersten Mal in meine Behandlung wegen eines zweiten Anfalls von acuter Appendicitis. Bei der Operation fand sich in der Mitte des Appendix eine Perforation. Der Junge machte eine gute Heilung durch. Am 1. April vorigen Jahres wurde ich vom Hausarzte wieder gerufen. Der Junge hatte am Tage zuvor eine ziemlich kräftige Mahlzeit zu sich genommen und war 1½ Stunden später unter Uebelsein und Leibschmerzen

erkrankt. Als ich den Jungen sah, war der Leib eingesunken; es war keine Pulsvermehrung und keine Temperaturerhöhung vorhanden. Es war schwer, eine genaue Diagnose zu stellen; wir dachten, es könne sich möglicherweise um eine Indigestion handeln. Am 4. April wurde ich wieder gerufen, und es wurde mir mitgetheilt, dass der Junge in den verflossenen beiden Tagen auf Einläufe hin mehrfache Stühle gehabt, aber auch erbrochen habe und über lebhafte Schmerzen im Abdomen klage. In letzterem war ein eigenthümlich gurrendes Geräusch zu hören, und es war nach meiner Ansicht gar keine Frage, dass es sich um eine incomplete Obstruction des Darmes handeln musste. Wir riethen den Eltern sofort zur Operation und dieselbe wurde in dem Deutschen Hospital vorgenommen. Wir fanden bei derselben als Folge der früheren Peritonitis ein kleines Band, das den Dünndarm comprimirte. Der Junge nmachte abermals eine treffliche Reconvalescenz durch.

5) Dr. A. Jacobi: Fall von Erythromelalgie.

Ich hatte diesen Patienten schon im vorigen Jahre vor dieser Gesellschaft vorgestellt (vergl. ds. Monatsschr. Jhrg. 1899, S. 360). Pat. ist seit dieser Zeit so gut wie geheilt. Er hat mittlerweile zwei Zehen am linken Fuss eingebüsst, damit scheint aber auch die Acme des Leidens vorübergegangen zu sein. Hie und da erscheinen noch rothe Flecken am Beine, aber ohne Schmerzen zu verursachen. Die Krankheit hat im Ganzen 3½ Jahre gedauert.

6) Dr. Mannheimer: Fall von tuberculöser Peritonitis nach Operation.

Ich erlaube mir, diesen Fall nochmals vorzustellen, den ich hier in der Februarsitzung schon gezeigt habe. Der 28jährige Kranke leidet an tuberculöser Peritonitis. Ich stützte die Diagnose damals auf die eigenthümliche Auftreibung des Leibes mit abgesacktem Erguss, auf gleichzeitig bestehende exsudative Pleuritis der rechten Seite, auf das Fieber und die Diazoreaction des Harnes. Pat. wurde am 4. März im Deutschen Hospital von Dr. Willy Meyer operirt. Bei der Operation zeigten sich das parietale und viscerale Peritoneum mit grösseren und kleineren Knötchen besetzt, die Därme vielfach verwachsen, keine freie Flüssigkeit. Pat. erholte sich gut, sieht jetzt besser aus, das pleuritische Exsudat sowohl als auch die Diazoreaction sind verschwunden, dagegen bestehen immer noch die Beschwerden, die von einer ernsten Infection herrühren: leichtes Fieber, Pulsbeschleunigung, Nachtschweisse, Schwäche, und dann ist der Einfluss der Operation auf die Erkrankung des Bauchfells nicht der gewesen, den man hätte erwarten und wünschen können. Der Leib ist nach wie vor erheblich aufgetrieben, es besteht ein beständiges Wehegefühl, und man fühlt jetzt deutlich, was vorher nicht der Fall war, mehrere unregelmässige Tumoren. Namentlich in beiden Flanken ist je eine grössere knollige, ziemlich harte, wenig druckempfindliche Masse zu fühlen. Wahr-

schenlich handelt es sich um verwachsene Darm- und Netztheile mit eingeschlossenen Exsudatmassen. Die Leber ist deutlich vergrössert und hart. Merkwürdig ist, dass der Stuhl vollkommen regelmässig und unbehindert ist. Die Lungen sind anscheinend nicht ergriffen. Pat. ist arbeitsunfähig und es frägt sich, was weiter für ihn gethan werden kann. Es sind Fälle bekannt, wo Heilung erst nach wiederholter Operation erfolgte. Soll nun in diesem Falle nochmals operirt werden? Bis jetzt ist dafür keine Indication und keine Ermuthigung vorhanden. Von localen Applicationen auf die Bauchhaut ist wohl nichts zu erwarten; specifische innere Mittel giebt es auch nicht. Wir müssen uns also auf die hygienisch-diätetische Behandlung der Tuberculose im Allgemeinen verlassen. Pat. nährt sich gut, jedoch sind seine hygienischen Verhältnisse schlecht. Ich werde versuchen, ihm Aufnahme in ein Sanatorium für Lungenkranke zu verschaffen. Ich bitte die Herren, den Pat. zu untersuchen.

7) Dr. Mannheimer: Fall von Leukämie.

Ich stellte in der Februarsitzung einen 17jährigen Jungen mit Leukämie vor, bei dem nach einer Krankheitsdauer von weniger als einem Jahre vor ca. einem Monat der Exitus eingetreten ist. Dieser Pat. hier leidet ebenfalls an Leukämie. Er ist 52 Jahre alt, Hausirer, war immer schwächlich, aber nie krank. Seine Vorgeschichte giebt keinerlei Aufschluss über ein etwaiges aetiologisches Moment. Es liegt keine Infection vor, nur ist Pat. starker Raucher und trinkt seit Jahren mit jeder Mahlzeit sein Schnäpschen. Sein Leiden begann vor drei Jahren. Er bemerkte zuerst Knoten am Hals, die sich allmählich vergrösserten, dann in der Achselhöhle und Leistenbeuge. Er fühlte sich müde und schwach in den Beinen. Dies ist auch jetzt der Fall, namentlich bei schlechtem Wetter. Aufenthalt in frischer Luft ist ihm sehr behaglich. Er bekommt leicht Anfälle von Diarrhoe, doch ist der Stuhlgang im Allgemeinen regelmässig. Pat. ist seit Jahren kurzsichtig und hört nicht gut. In letzter Zeit bekommt er häufig bei der Nacht Krämpfe in den Waden und Zehen, die ihn aus dem Schlaf wecken. Er ernährt sich gut und ist vollkommen im Stande, seiner Beschäftigung nachzugehen. Die objective Untersuchung ergiebt als auffallendstes Symptom, das die Diagnose sofort auf das lymphatische System hinlenkt, Anschwellungen zu beiden Seiten des Halses am Rande des Unterkiefers, ziemlich symmetrisch gelegen. Diese Anschwellungen bestehen aus grösseren und kleineren, harten, nicht druckempfindlichen Knoten, die nicht mit der Nachbarschaft verwachsen sind. Aehnliche Packete von Knoten finden sich in den Achselhöhlen und Leistenbeugen. Die Milz ist enorm vergrössert, reicht bei der Ausathmung bis an die Symphyse, ist anscheinend nirgends verwachsen, leicht verschieblich, sich nach unten etwas verbreiternd, gleichmässig hart und glatt. Der innere Rand läuft schräg von oben links nach unten rechts und zeigt die gewöhnlichen Einkerbungen. Das Organ ist auf Druck

durchaus nicht empfindlich und scheint keinerlei Beschwerden zu machen. Die Leber ist ebenfalls vergrössert, aber in viel geringerem Grade. Urin enthält eine Spur Eiweiss und Indican. Microscopische Untersuchung ist noch nicht gemacht worden. Puls zwischen 90 und 100. An Mitralis und Aorta ein blasendes Geräusch. Die Blutuntersuchung, die in Gemeinschaft mit Dr. Heiman vorgenommen wurde, ergiebt Folgendes: Rothe Blutkörperchen 3,116,000, weisse 86,000. Verhältniss 1:36. Haemoglobin 50 Procent. Die micróscopischen Präparate zeigen die erhebliche Vermehrung der weissen Elemente, und zwar sind hauptsächlich die Lymphocyten, kleine und grosse, vermehrt. Ueber Prognose und Therapie ist leider nichts Neues und Erfreuliches zu sagen.

Discussion. Dr. A. Jacobi: Es ist interessant an diesem Fall und vielleicht bezeichnend für die Aetiologie, dass die ersten Lymphknotengeschwülste um den Hals herum vorgekommen sind. Es könnte dies einen Hinweis geben, auf welche Weise der Mann inficirt worden ist, da wir ja doch geneigt sind, die Leukämie als eine Infectionskrankheit aufzufassen. Wenn dies so ist, so ergiebt sich daraus die Nothwendigkeit, den Hals und Nasenrachenraum von Anfang an mehr präventativ zu behandeln, als dies gewöhnlich geschieht. — Dr. Mannheimer: Dem Pat. war vor drei Jahren gerathen worden, sich die Drüsen exstirpiren zu lassen.

Vorzeigen von Präparaten.

1) Dr. A. Jacobi: Dies ist das Herz von einem einige Monate alten Kinde. Dasselbe hatte mehrere Pneumonien durchgemacht, als sich plötzlich ein systolisches Geräusch an der Mitralis entwickelte. Da nun functionelle Geräusche bei ganz kleinen Kindern ausserordentlich selten vorkommen, so musste ich die Diagnose auf Endocarditis stellen. Das zuvor ganz laute Geräusch war von Tag zu Tag weniger geworden und schliesslich gänzlich geschwunden. Nun hatte ich die Wahl, entweder die Diagnose Endocarditis anzugreifen oder anzunehmen, dass es sich hier doch um ein functionelles Geräusch handelte, das aus irgend einem Grunde später wieder verschwand. Das Kind bekam dann Nephritis und starb. Bei der Autopsie fand sich, dass es sich um ein Herz handelte, dessen Klappen krank waren, aber kein Geräusch mehr hervorriefen. Ich stelle mir vor, dass die Endocarditis an der Klappe allmählich sich verminderte und schliesslich die Klappe wieder in einen Zustand kam, dass sie wieder schlussfähig wurde.

2) Dr. Willy Meyer: Ein Herr war vor 27 Jahren in die linke Schenkelbeuge geschossen worden; die Kugel konnte nicht gefunden werden und die Wunde heilte langsam zu. Jetzt, nach 27 Jahren, wurde die Kugel mittels Röntgenstrahlen unterhalb des kleinen Trochanters locirt und entfernt. Das Geschoss, das Sie hier sehen, war in einen ziemlich harten Knochenwall eingebettet.

Fälle aus der Praxis.

Dr. Moschcowitz: Ich wurde vor einigen Tagen zu einem Patienten mit Peritonsillarabscess gerufen. Am Hals fand sich ein Drüsenpaquet. Zwei Tage darauf Temperatur 103. Ich punktirte die Geschwulst am Halse, konnte aber keinen Eiter finden. Am nächsten Morgen wieder Temperatur von 103. Eigenthümlich war nun, dass Pat., als ich einen ganz leichten Druck oberhalb des Sternums ausübte, einen leichten Hustanfall bekam und Eiter ausspuckte. Ich konnte Eiter im Larynx sehen, aber keine Oeffnung. Ich operirte dann den Pat. einige Stunden später im Hospital und bei der Incision entleerten sich zwei Esslöffel voll ausserordentlich übel riechenden Eiters. Wahrscheinlich hatte ein Durchbruch durch die Membrana crico-thyreoidea stattgefunden.

Discussion. Dr. Willy Meyer: Könnte man den Vorgang nicht plausibler so erklären, dass der Abscess im Rachen durch den Druck von aussen in den Larynx floss und Pat. ihn dann aushustete? — Dr. Moschcowitz: Dies könnte man ja annehmen, allein ich sah den Eiter im Larynx. — Dr. A. Jacobi: Ist nicht Dr. Moschcowitz beim Einschneiden auf die untere Partie des Senkungsabscesses gekommen? Solche Senkungen finden ja sehr rasch statt. — Dr. Moschcowitz: Das wäre ja sehr wohl möglich, würde aber den weiteren Verlauf nicht erklären. — Dr. Gruening: Ein solcher Durchbruch, wie ihn Dr. Moschcowitz annimmt, ist eigentlich nicht denkbar. Ich schliesse mich ebenfalls der Auffassung von Dr. Willy Meyer an.

A. Ripperger, Secr.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt Cleveland, O.

Sitzung vom 7. Juni 1900.

Vorsitzender: Dr. J. Stotter.

Dr. S. Riegelhaupt berichtet über einen Fall von chronischer Cystitis nach Sectio alta. (Die Operation wurde wegen Blasensteine ausgeführt.) Den Grund für die jetzige Erkrankung bildet nach R.'s Ansicht die längere Zeit fortgesetzte Catheterisirung der Blase, die dem Patienten selbst überlassen war und daher in nicht ganz reiner Weise vorgenommen wurde. Die Heilung machte nur langsame Fortschritte trotz täglicher Blasenausspülungen mit antiseptischen Lösungen, der inneren Verabreichung von Salol und diätischer Maassnahmen. R. hebt hervor, unter keinen Umständen einem Kranken die Catheterisirung selbst zu überlassen.

Discussion. Dr. Rosenberg empfiehlt den Gebrauch von Urotropin.

Tagesordnung. Dr. J. Belkowsky: „Die Beziehungen der Migräne zu Psychosen und Neurosen resp. Hysterie und Epilepsie."

Nachdem Vortragender über das Wesen der Migräne und über Hysterie und Epilepsie in eingehender Weise gesprochen, weist er an der Hand folgender Fälle die enge Verwandtschaft und Verflechtung der Migräne zu genannten Erkrankungen nach.

1. Fall: Mann, 40 Jahre alt, leidet seit 5 Jahren an Kopfweh, früher nie krank gewesen; Mutter lebt noch und ist gesund; Vater litt ebenfalls an heftigen Kopfschmerzen, ob halb- oder doppelseitig, weiss Patient nicht anzugeben, doch sollen dieselben ausserordentlich heftig gewesen sein und allen Mitteln getrotzt haben. Vater soll an einem solchen Anfalle von Kopfschmerz auf der Strasse gestorben sein. Das Kopfweh unseres Patienten ist halbseitig und von heftiger Spannung und von Klopfen in der Schläfengegend begleitet. Während des Anfalles ist Patient furchtsam und leicht reizbar, ausserdem sehr vergesslich; auf Anreden giebt er gewöhnlich verkehrte Antworten; nach dem Anfalle fehlt dem Kranken die Erinnerung der während des Anfalles stattgehabten Vorgänge etc. vollständig. Dieser Fall, der ausserordentlich als Epilepsie oder epileptisches Aequivalent verdächtig ist, zeigt also elementare psychische Störungen. Ein 16-jähriger Junge des Patienten, der mehr das Aussehen eines 10-jährigen besitzt, leidet an Hysteria major — Einschränkung des Gesichtsfeldes, totaler Hemianaesthesia und tonischen Krämpfen, die 10—15 Minuten dauern.

2. Fall: Frau von 38 Jahren, seit 20 Jahren verheirathet. Vater sehr jung gestorben, Todesursache unbekannt. Mutter war immer leidend, besonders an chronischem Rheumatismus. Patientin hat noch drei Schwestern, von denen eine an seltenen, schnell vorübergehenden Schwindelanfällen leidet; eine andere war geisteskrank; das Schicksal der dritten ist unbekannt. Seit früher Jugend leidet Patientin an heftigem Kopfschmerze, der bald die eine, bald die andere Hälfte des Kopfes einnimmt. Der Schmerz ist so intensiv, dass ihr gleichsam die Haare „zu Berge" stehen. Ausserdem ist Patientin allgemein hyperästhetisch, die leiseste Berührung der Haut wird als Schmerz empfunden. Ja, es bestehen eigenthümliche vasomotorische Störungen in der Haut, nämlich jeder Druck auf die Haut ruft Suggilationen hervor, die alle Blutfarben annehmen. Von 5 Kindern leidet ein Mädchen von 15 Jahren an Migräne mit ausserordentlich schmerzhafter Dysmenorrhoe; ein 12jähriger Junge leidet an Kopfweh, Nystagmus, Strabismus divergens und Hysterie; derselbe hat schon mehrere Anfälle von hysterischer Coxalgie gehabt, die ein Arzt für eine Coxitis gehalten und daher Bettruhe und permanente Extension empfohlen hatte, während Belkowsky mit bestem Erfolge eine „antihysterische" Behandlung einleitete. Ein anderes 10jähriges Mädchen leidet an Epilepsie und zwar grand mal. B. hat selbst Gelegenheit gehabt, einen solchen Anfall zu beobachten.

Sitzung vom 20. September 1900.

Vorsitzender: Dr. J. Stotter.

Dr. C. Schmitz demonstrirt einen Fall von Fistula ani completa.

Der Patient, den ich mir erlaube, Ihnen heute Abend vorzustellen, leidet an einer Fistula ani completa, die jedoch weniger als solche, als vielmehr ihres secundären Ursprunges halber Ihr Interesse erregen dürfte. Wie Sie sehen, ist Patient, von Gewerbe ein Bierbrauer, von robuster Körperconstitution, er ist 36 Jahre alt und stammt aus gesunder, erblich nicht belasteter Familie; er selbst will stets gesund gewesen sein bis zum October vorigen Jahres, wo er sich bei der Arbeit eine Verletzung des Kniegelenkes zuzog, die ihn für die Dauer von 2 Wochen an das Bett fesselte. Zehn Tage später bemerkte er an der unteren Seite des Scrotum, in der Nähe des Perineum, eine kleine, erbsengrosse Geschwulst von harter Consistenz, die ihm bei der Arbeit einen spannenden Schmerz verursachte. Aus Furcht, es könnte sich etwas „Bösartiges" daraus entwickeln, consultirte er zunächst Dr. M., der ihm eine gewisse Salbe verordnete, um die Geschwulst zur Resorption zu bringen. Da jedoch das Volumen der Geschwulst beständig zunahm, consultirte Patient einen anderen Arzt, der ihm anrieth, die Geschwulst exstirpiren zu lassen. Am 23. December vorigen Jahres wurde die Geschwulst unter Assistenz mehrerer Aerzte freigelegt, konnte jedoch, wie der operirende Arzt zu dem Patienten später äusserte, nicht ganz entfernt werden, da sie mit der Urethra verwachsen sei. Einige Tage nach der Operation gesellte sich eine äusserst schmerzhafte Orchitis hinzu, verbunden mit starker Hodenschwellung; unter Anwendung eines Eisbeutels ging die Schwellung und Schmerzhaftigkeit innerhalb einiger Tage wieder zurück, die äussere Wunde wollte sich jedoch nicht schliessen, der zurückgebliebene Rest der Geschwulst verwandelte sich in ein eiterndes Geschwür, es kommt zur doppelten Fistelbildung und zwar am oberen und unteren Ende der äusseren Schnittwunde. Durch Auskratzen mit dem scharfen Löffel und unter Anordnung von Höllensteinlösungen suchte der damals den Patienten behandelnde Arzt das Ulcus zur Ausheilung zu bringen, doch gelingt dieses nicht, trotz wöchentlich einmal vorgenommener und für die Dauer von 5 Monaten fortgesetzter Auskratzung. Die Geschwulst wird grösser als sie vorher war, die Fisteln schliessen sich nicht, ein stark übelriechender Eiter wird secernirt. Patient gelangte am 28. Juni dieses Jahres in meine Behandlung und ich konnte folgenden Status praesens aufnehmen: Scrotum natürliche Grösse, an der vorderen Seite, gerade auf der Raphe, zwei ein Zoll von einander entfernt liegende Fistelöffnungen, die mit übelriechendem, dickem Eiter bedeckt sind. Eine Sonde lässt sich 4 Zoll tief einführen dicht bis in das Lumen recti. Palpiere ich, so fühle ich eine ungefähr 3½ Zoll lange, birnförmige Geschwulst,

deren oberes Ende bis an die Oeffnungen der Fisteln heranreicht und der Haut des Scrotum adhärent ist, deren unteres Ende bis an die Urethra geht. Führe ich eine Sonde durch die obere Fistelöffnung, so dringt dieselbe gerade senkrecht mitten durch das ulcerirte Gewebe der Geschwulst in die Tiefe, bei der unteren Oeffnung stösst die Sonde an die hintere Wand der Geschwulst. Auf Druck sowohl, als auch bei der Arbeit empfindet der Patient einen spannenden Schmerz an der Geschwulst; führt man den beölten Finger in das Rectum, so fühlt man vielleicht ¼ bis ½ Zoll oberhalb der Analöffnung an der hinteren Seite des Darmes eine Vertiefung von der Grösse einer Fingerkuppe, die der inneren Oeffnung der Fistel entspricht. Die Untersuchung der Lungen ergiebt nichts Pathologisches; der Urin ist frei von Eiweiss und Zucker.

Therapie: Durch energische Auskratzung mit dem scharfen Löffel, wobei ganze Massen necrotischen Gewebes zu Tage befördert wurden, durch der Auskratzung nachfolgende Ausspülungen mit Sublimat und endlich die jede Behandlung abschliessende Einspritzung von Jodoformöl 1.10, welch' letzteres ich später durch Hydrarg. sozojodolic. (1,0:100,0) ersetzte, gelang es zwar, das Volumen der Geschwulst bedeutend zu verkleinern, die Schmerzhaftigkeit und Spannung zu heben, den üblen Geruch fern zu halten und die Eitersecretion auf ein Minimum zu beschränken, allein zur definitiven Heilung scheint doch ein operatives Vorgehen nothwendig: vollständige Spaltung der Fistel; Exstirpation der Geschwulst, Auskratzung, resp. thermocautische Zerstörung aller Granulationen.

Discussion. Dr. Kahn berichtet, er habe mit Dr. Schmitz zusammen der Fistel entnommene Massen auf Geschwulstelemente, sowie auf Tuberkelbacillen wiederholt untersucht. Trotz des negativen Resultates, das die microscopische Untersuchung in diesen Richtungen hin ergab, glaube er, dass es sich um einen tuberculösen Process handele, wenn auch von Seiten der Lungen und der übrigen Organe, wie Dr. Schmitz bemerkte, keine Symptome dafür vorhanden sind. Allein es sei wohl denkbar und in vielen Fällen erwiesen, dass in Folge eines Traumas bei einem Individuum, obwohl nicht hereditär belastet und von scheinbar robuster Constitution, das, wie es der Beruf als Bierbrauer mit sich bringt, auch ein starker Alcoholiker ist, ein bis dahin latenter tuberculöser Herd zum Vorschein kommen kann.

Auf eine Anfrage von Dr. Loewenthal, ob Patient Lues gehabt habe, erwidert Dr. Schmitz verneinend.

Dr. Max Kahn, Secretär.

„Röntgenabend" bei Dr. Carl Beck.

Am 26. October fand bei Herrn Dr. Carl Beck, 37 Ost 31. Strasse, wie in den vorhergegangenen Jahren wieder ein Röntgenabend statt, und hatten zahlreiche Collegen der liebenswürdigen Einladung Folge geleistet.

Nach einer fluoroscopischen Demonstration der normalen Brustorgane, welche auf dem Leuchtschirm sogar von den Fernstehenden deutlich erkannt werden konnten, führte B. zunächst einige seltene Fracturformen an, darunter:

1) Zwanzigjähriges Mädchen mit völlig geheilter Infraction des Radiusköpfchens, welche vor der Untersuchung mit Röntgenstrahlen für eine Fractur des Condylus externus gehalten worden war. Die aus der sehr deutlichen Photographie gewonnene Belehrung in Gemeinschaft mit der fluoroscopischen Beobachtung, dass das zunächst rechtwinklig fixirt gewesene Ellgobengelenk das Radiusfragment in normaler Stellung zeigte, auch wenn mässige Streck- oder Rotationsversuche gemacht wurden, ermuthigte B. schon nach wenigen Tagen passive Bewegungen zu machen und damit der so sehr gefürchteten Gelenksteifigkeit erfolgreich entgegenzuarbeiten.

2) Vierjähriges Mädchen mit Fractur des Cubitus, complicirt mit Einkeilung und Verschiebung des unteren Fragmentes nach hinten, so dass man erst an eine Rückwärtsluxation gedacht hatte. Das Gelenk wurde unter Controlle des Röntgenbildes in rechtwinkliger Stellung im Gipsverband fixirt, nachdem das untere Fragment mittelst eines Schleifzügels stark nach vorn gedrückt worden war.

3) Sechsjähriger Junge mit Fractur des Condylus externus, in welchem starke Callusbildung eine schlechte Apposition der Fragmente vortäuschte, während das Röntgenbild bewies, dass der behandelnde College dieselben ganz vortrefflich reducirt hatte.

4) Fluoroscopische Demonstration einer deformgeheilten Fractur des collum chirurgicum humeri bei einem fünfjährigen Mädchen. Fünf Wochen nach der Verletzung war eine Refracturirung von B. vorgenommen worden und das functionelle Resultat war nunmehr, sieben Wochen später, vorzüglich; dagegen zeigte das Röntgenbild, dass die Reposition durchaus nicht in zufriedenstellender Weise gelungen war.

5) Achtunddreissigjähriger Mann mit Fractur des Calcaneus, welche schwere Functionsstörungen erzeugt hatte. Auf Grund ausgesprochener Crepitation und voluminöser Schwellung der Fussgelenksgegend war ursprünglich die Diagnose Pott'sche Fractur gestellt worden. Erst die Durchleuchtung, welche sechs Wochen nach der Verletzung vorgenommen wurde, stellte das Vorhandensein eines in deformer Stellung geheilten und nach der Sohle zu projicirenden Calcaneusfragmentes fest, welches beim Gehversuch natürlich in die umgebenden Weichtheile hin-

einstach. Demgemäss erschien die Resection des Fragmentes dringend indicirt.

6) Fünfjähriger Junge mit einem länglichen Schiefbruch in der Mitte des Oberschenkels, welcher mit einer drei Zoll langen Verkürzung und geringer Functionsstörung geheilt war. Eine Röntgenaufnahme, welche acht Wochen nach dem Unfall vorgenommen wurde, zeigte Reiten der Fragmente, welches nunmehr durch Osteotomie beseitigt wurde. Das Resultat der Operation ist sehr zufriedenstellend und die Verkürzung beinahe gänzlich ausgeglichen.

7) Dreiundzwanzigjähriges Mädchen, welches in einem epileptischen Anfall eine steile Treppe hinuntergefallen war und dabei die Querfortsätze der drei obersten Halswirbel fracturirt hatte. Atlas und Epistropheus zeigten unbedeutende, dagegen der dritte Halswirbel bedeutende Dislocation nach unten, welch letztere sich unter der Controlle des Röntgenbildes redressiren liess. Patient wurde in einer Glisson'schen Schlinge behandelt und konnte sieben Wochen nach dem Unfall geheilt aus dem Hospital entlassen werden.

8) Einundvierzig Jahre alter russischer Schneider mit Tendinitis und Tendovaginitis prolifera calcarea, einer in der Literatur nicht beschriebenen Krankheitsform. (Fall wird in extenso anderweitig publicirt.) Patient erkrankte vor zwölf Jahren an einer langsam wachsenden kugeligen Anschwellung über dem rechten Handrücken, welche erst in den letzten Monaten begonnen hatte, Schmerzen zu erregen. Am 22. September dieses Jahres hatte sie den Umfang eines grossen Apfels erreicht. Das Röntgenbild ergab, dass das dritte Metacarpo-phalangealgelenk der Sitz eines Entzündungsherdes war. Die erste Phalanx zeigte sich mit dem Metacarpus in seitlicher Dislocationsstellung völlig verwachsen. Die Condylenseite erwies sich total zerstört und wie mit einem Hohlmeissel scharf aus der Knochenlinie ausgeschnitten. Bei schwacher Durchleuchtung heben sich die Contouren des Tumors scharf, die Knochen dagegen nur schwach ab, während bei starker Durchleuchtung sich die Knochen scharf, die Tumorengrenzen dagegen nur schwach erkennen lassen. Das bei schwacher Beleuchtung gewonnene Skiagramm lässt die verschiedenen Schattirungen, welche durch Kalkherde hervorgebracht waren, verfolgen. Bei der Exstirpation der Geschwulstbildung zeigte sich der im Röntgenbild festgestellte Defect im Knochen mit käsiger Infiltration ausgefüllt. Die Strecksehnen sämmtlicher Finger, mit Ausnahme derer des Daumens, waren in eine Masse verbacken, welche genau das Ansehen von Mörtel hatte, so dass das Messer beim Durchschneiden knirschte. Im Ganzen konnte man drei Unzen Kalk aus der Geschwulst gewinnen. Die microscopische Untersuchung ergab Rundzellengranulationen mit Depositen von kohlensaurem und phosphorsaurem Kalk. Tuberkelbacillen wurden nicht gefunden. Es handelte sich also um einen Verkalkungs-

process in einem Gewebe, welches schon stark entartet war, aber doch noch lebende Zellen besass. Der Patient ist nahezu geheilt.

9) Zwei Fälle von Struma, 36- und 52jährige Frau, deren Skiagramme Kalkablagerungen in verschiedener Anordnung darstellen. Wo immer dieselben gefunden werden, ist weder von der Organtherapie, noch von der Injectionsbehandlung irgend etwas zu erwarten und tritt die Exstirpation in ihre Rechte. (Vgl. Beck, Ueber den Kropf etc. in der Octobernummer der Med. Monatsschrift.)

Daran schloss sich der „feuchtfröhliche" Theil des Abends, der nicht minder gelungen war wie der wissenschaftliche und die Theilnehmer noch lange in den gastlichen Räumen des Collegen Beck zusammenhielt. Letzterem gebührt das Verdienst, seinen Collegen einen in jeder Beziehung genussreichen Abend bereitet zu haben.

FEUILLETON.

Johann Daniel Mittelhäuser's Practische Abhandlung vom Operiren bei Weibern.

Auch in diesem Jahre wieder hat die Münchener Medicinische Wochenschrift zur Feier des 67. Stiftungsfestes des Aerztlichen Vereins München eine Scherznummer herausgegeben, die eine stattliche Anzahl humorvoller Beiträge enthält. Unter Anderem findet sich daselbst eine treffliche Satyre auf die Operationswuth gewisser Gynäcologen. Da in dieser Satyre neben köstlichem Humor manche bittere Wahrheit steckt, wollen wir dieselbe zum allgemeinen Nutz und Frommen mit Nachstehendem wiedergeben:

Johann Daniel Mittelhäuser. *Practische Abhandlung vom Operiren bei Weibern,* worinnen die Instrumente, die dabey zu gebrauchen sind, samt sonderbaren Zufällen operirter und nicht operirter Weiber beschrieben sind. Leipzig, 1754. Verlegts, Gottfried Kiesewetter.

Wie ungerecht ist die Nachwelt! Der Ruhm dieses genialen Geburtshelfers erfüllt das Erdenrund; staunend erzählt es ein Examens-Candidat noch heute dem anderen, dass Mittelhäuser, in edlem Wetteifer mit seinem Freunde Deisch, 90 Embryotomien in wenigen Jahren gemacht hat. Das glückliche Weissenfels, das stolz ist, ihn als fürstlichen Hofmedicus in seinen Mauern beherbergt zu haben, enthüllt demnächst Mittelhäuser's ehernes Standbild.

Und von seinen gynäcologischen Operationen — spricht niemand ein Wort!

Das muss anders werden! Nicht wir unwürdigen Pygmäen des auf hohe Anordnung 20. Jahrhunderts wollen sein Lob singen: Es soll aus seinem eigenen Munde erklingen. Was könnten wir Besseres thun, als ihn selbst aus seinen Werken sprechen zu lassen! Man höre:

§ 2. Verschiedene Gradus des Operirens. „Es geschieht in drey verschiedenen Gradibus:

1. Im natürlichen Stande der Krankheit, da nemlich im Gemächt der Frauen würkliche Geschwülst seu tumores liegen. Da darf sich ein sogenannter Artzt nur hinsetzen und den Bauch auffschneiden und etwan die Eierstöck, die zu Tumoribus verwandelt sind, herausholen, oder die Scheiden seu vaginam aufklappen und einen Krebs oder Cirrhum herausschneiden. Dieses ist eine schlechte Kunst und wird gar öfters von den allerschlechtesten und dümmesten Aertzten verrichtet.

2. Der andere Gradus ist: Wenn keine Geschwulst sondern nur eine Inflammatio der Eierstöcklein oder des Uteri vorhanden ist; da man dann wohl mit Sitzbädern und dem Kräutlein Geduld die Weiber heylen könnt. So aber einer die Ovaria oder den uterum doch herausschneiden wöllet, so will dieses schon viel sagen und erfordert schon eine ziemliche Wissenschaft, welche selten bey gemeinen Aertzten gefunden wird.

3. Der dritte Gradus kann seyn: Wenn alles ganz gesund ist und nur etwan der uterus einigermassen nach hinten lieget oder der Muttermund beim Gemächt herfürschauet; wobey ein schlechter Artzt mit einem Pessario wohl auskäm und sich nicht zu operiren getrauet. So aber ein couragierter Artzt gleich den uterum und das gantz Gemächt mit Eierstöcklein und Scheiden wegschneidet, ist dieses schon von dem alten Hippocrate und Celso für die allerschwerste Operation gehalten worden und es wird gar viel erfordert, wenn sich selbsten ein Medicus oder Chirurgus darzu appliciren will.

Item, so muss die Heylkunst, insonderheit aber die Kunst des Accouchirens und des Operirens bei kranken Weibern nicht scheu seyn, sondern gleich alles wegschneiden, wo dann kein Organ hinfüro späterhin krank werden kann.

Denn es ist die Gynaekologia eine wehrhafft Tochter der Chirurgia.

§ 7, Seite 15. Um deswillen bedachte ich mich wieder und nahm meine Bücher vor, die ich davon hatte, als des berühmbten Nufer Werke über das Schneyden der Eierstöck und des brandenburgischen berümbten Accoucheurs und Frawen-Artztes Werk „Alles muss vaginal verujenirt werden"; liess mir ein paar Messer und ein paar Haken, ein paar Klauenzangen und des edlen Frantzosen-Artztes Angiotribe machen, und also sass ich doch einigermassen in Verfassung."

Von den herrlichen Beispielen aus der reichen Casusistik des

unerreichten Mittelhäuser sei nur ein einziger Fall erwähnt — dieser genügt!

Casus LXI, Seite 285: „Da geschah es eines Tages wider alle menschliche Vermutung, dass in meinem Krankenhause sich eine Frau fand, die noch ihre gesammten Genitalia hatte, wohingegen ich sonst doch keine duld, die sich nicht ein Ovarium oder den uterum, oder zumindest ein Stücklein Ureteris herausschneiden lässt.

Es war am 8. December 1743, da kam des Herrn N. Eheweib von 28 Jahren zu mir und klagte, dass ihr so gar nichts fehlen thät, wo doch alle ihre Freundinnen ein Leiden hätten und bei mir behandelt würden zu ihrer Genitalia Ergetzung.

Sah ich denn nach und fand, dass die Frauensperson recht hätt und ihr nichts fehlet. Also schnitt ich ihr vorn die Scheiden auf und leimte den uterum mit Syndetico vorn hin an die Scheiden. Anderen Tags war er aber schon wieder los und ledig; also nähete ich ihn mit zwo Stichen und wohlgeöltem Zwirn vorn hin an die Scheiden. Nun fühlete sich die Frau schon viel besser, denn das Monats-Geblüt konnt nicht recht durch und machte ihr Schmertzen, und kunnt sie nun rechtens weiterbehandelt werden.

Wasmassen ich den uterum zu beyden Seiten mit meiner Angiotribe packte, die tuba und die ovaria damit zermalmte und den uterum herausschnitt. Das alles heylete glatt und ging die Frau gesund nach Hause, nur dass sie etwan vor Herzklopfen kaum schnauffen kunnt und im Kopf gantz verwirret war. Also musst wohl die Scheyden seu vagina dran Schuld sein, denn sonsten hatte die Frau ja nichts mehr von ihren genitalibus. Also schnitt ich ihr auch die Scheyden heraus und musst schliesslich die Brüstlein amputiren, weil auch das nichts halff wider ihr Hertzklopfen und Verwirrtheit.

Und wäre mir sicherlich die Frau noch gantz gesund worden durch meine Kunst, wenn sie nur den letzten und schwersten Eingriff überstanden hätt, so ich den 4. Gradus nenn, woran sie aber eines Tags das Schnauffen ganz vergessen: ich hab ihr nehmlich das schlimmste und schreckhaffteste Organ herausgeschnitten, das den Frauen die grösst Peyn bereitet: das Hertz!"

O Mittelhäuser — warum bleiben unserer Zeit so grosse Männer und Sterne erster Ordnung versagt?

Therapeutische und klinische Notizen.

— Zur *Behandlung der Pneumonie mit Creosotal* nach Cassoute. In einem bemerkenswerthen Artikel (Wiener Aerztl. Central-Zeitung, 1900, No. 27) macht M. Eberson darauf aufmerksam, dass nach entsprechend grossen Dosen von Creosotal die Pneumonie in einem, häufiger jedoch in zwei Tagen ablaufen kann, dass aber auch nachher Creosotal in kleineren Dosen zwei bis drei Tage lang fortgegeben werden muss, will man vom neuerlichen Auflodern der Entzündung nicht überrascht werden. Hier soll auch hinzugefügt werden, dass man mit kleinen, verzärtelten Dosen nichts ausrichtet, dass man also die von Cassoute angegebenen, oder unmerklich kleinere, anwenden muss (bis zum ersten Lebensjahre 0.25 bis 1 g, bis zum vierten Lebensjahre 1 bis 3 g, bis zum sechsten Lebensjahre 3 bis 4 g, bis zum zehnten Lebensjahre 4 bis 5 g, bei Erwachsenen 10 g). Er verschreibt gewöhnlich die entsprechende Dosis in 40 g Emulsio amygd. dulc. und lässt 25 g Syrup. Ipecac., manchmal auch Liquor. am. anis. hinzusetzen. Davon lässt er — gut umgeschüttelt — stündlich einen Kaffeelöffel geben, nach der Krisis dreistündlich einen Kaffeelöffel.

Er hatte in Behandlung 23 Fälle von Pneumonie bei Kindern (21 croupöse, 2 catarrhalische), durchwegs nach Influenza und drei bei Erwachsenen. Der jüngste war zehn Monate, der älteste Pat. 65 Jahre alt. Das Creosotal wurde von allen sehr gerne genommen und ausgezeichnet vertragen. Schon nach einigen Stunden ist nicht nur in der Exspirationsluft, sondern auch im Schweiss, Stuhl und Urin Creosotalgeruch wahrzunehmen, der jedoch gar nicht unangenehm oder belästigend ist. In allen seinen Fällen fiel das Fieber in zweimal 24 Stunden, meist unter Schweissausbruch, worauf Euphorie folgte. Früheren Abfall der Temperatur sah er nur einmal, späteren (am neunten Tage) ebenfalls einmal. In diesem letzteren Falle war die Creosotaltherapie nicht consequent genug durchgeführt worden. Einmal fiel die Temperatur unter Collapserscheinungen, die auf Kampferinjectionen wichen. Dieser Fall jedoch betraf ein schwächliches 1¼jähriges Kind, dass mit Rachitis und Kyphose behaftet war. Von den angeführten Fällen endete ein Fall letal, die anderen genasen. Der letale Fall betraf ein im dritten Lebensjahre stehendes Kind, das bereits zum viertenmale an Pneumonie erkrankte. Trotz Expectorantien und Stimulantien, die neben Creosotal verabreicht wurden, starb das Kind am zehnten Krankheitstage an Lungenödem bei stockender Expectoration. Die anderen Kranken hatten weder Complicationen, noch Nachkrankheiten oder Recidive, so dass die frühere Gesundheit schon vom dritten Tage angefangen eine vollständige war und, was häufig geschah, wurden die Kinder schon an diesem Tage spazieren geführt.

Es ist bei der Creosotaltherapie zweierlei zu constatiren: er-

stens eine vorzügliche Abkürzung der Krankheit und was wichtiger, ein vollständiges Versiegen des Krankheitsherdes, weshalb die Folgekrankheiten, speciell nach catarrhalischen Pneumonien, nicht jene Bedeutung in Zukunft haben werden, wie bisher. Auch scheint es nicht ohne Belang — bei der bacillären Ursache der Pneumonie — zu sein, dass die Sputa und Excrete desinficirt ausgeschieden werden, weshalb auch die Infectiosität eine minimale sein wird. Man kann nicht anders sagen, als dass die Creosotaltherapie der Pneumonie als eine sehr bedeutende Errungenschaft anzusehen ist.

— *Die volkswirthschaftliche Seite der Troponfrage.* Ueber diese spricht sich H. Lichtenfelt am Schlusse seiner eingehenden Arbeit „Ueber Tropon" (Berliner klin. Wochenschr., 1899, No. 42) in folgender Weise aus: In früheren Veröffentlichungen wurde schon dargethan, wie die für die Ernährung zur Verfügung stehende Eiweissmenge im deutschen Reich sich mit den physiologischen Anforderungen nicht deckt. Besonders in der breiten Schicht der Bevölkerung ist es nicht möglich, der geringen hierzu zur Verfügung stehenden Mittel wegen, den physiologischen Eiweissbedarf dem Körper zuzuführen. Die Fabrication aber, die aus vorhandenen Eiweissquellen, wie Fleisch oder Milch, nur neue Eiweisspräparate schafft, kann die verfügbare Menge nicht erhöhen. In Folge seines Ursprunges zieht das Tropon bisher für den Verbrauch unbenutzte Eiweissquellen für den Konsum heran. Eine Quelle, die bisher nicht bis zur Grenze der Möglichkeit ausgenutzt wurde, sind z. B. die Producte des Meeres. Die Nutzbarmachung stösst für die Binnenländer, und dieses ist doch das Volk Europas der Hauptsache nach, auf Schwierigkeiten, der bisher schwer zu lösenden Transportfrage und der Geschmacksgewohnheit des Volkes wegen. Andererseits trägt aber das Meer vegetabilische und animalische Producte zu uns, deren man sich bedienen kann. Einen besonderen wirthschaftlichen Fortschritt wird man erblicken können, wenn bisher zur Nahrung unbrauchbare Producte unseres Landes, z. B. Lupinen, für den Genuss vorzubereiten gelingt. Unter diesem Gesichtswinkel allein will das Tropon betrachtet sein. Fasst man dazu die Ergebnisse der Untersuchungen über Tropon zusammen, so hat man das Recht zu sagen, nach dem Ergebniss der Durchschnittsanalysen ist das Tropon ein aus 98,89 Prozent Nh in der Trockensubstanz bestehender Eiweisskörper, bei dessen Zusatz zu den gewöhnlichen Speisen die Ausnutzung dieser besser erscheint. Naturgemäss werden Leute, die an einen geringen Eiweissgehalt der Nahrung gewöhnt sind, erst nach einiger Zeit die volle Ausnutzung erlangen. Die volkswirthschaftliche Bedeutung aber besteht darin, dass die Verbrauchsmöglichkeit des Eiweisses durch die Schaffung des Tropons überhaupt erhöht worden ist.

Kleine Mittheilungen.

— Die *Roentgen Society of the United States* hält am 13. December in New York ihre erste ordentliche Jahresversammlung ab.

— Die *Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt New York* erwählte in ihrer diesjährigen Jahresversammlung am 3. ds. die folgenden Beamten: Präsident, Dr. Geo. W. Jacoby; Vice-Präsident, Dr. Louis Heitzmann; protocollirender Secretär, Dr. J. A. Beuermann; stellvertretender protocollirender Secretär, Dr. A. Ripperger; correspondirender Secretär, Dr. A. Rose; Schatzmeister, Dr. S. Breitenfeld; Aufnahme-Comité: Dr. J. W. Gleitsmann, Dr. H. G. Klotz, Dr. W. Freudenthal, Dr. L. Weber und Dr. Willy Meyer.

— Die diesjährige Beamtenwahl der *Deutschen Medicinischen Gesellschaft von Chicago* hatte folgendes Resultat: Präsident, Dr. G. Fütterer; Vice-Präsident, Dr. E. Ries; Schriftführer, Dr. A. Decker; Beisitzer, Dr. Alfred Schirmer und Dr. E. Saurenhaus.

— Einen überaus herben Verlust hat die medicinische Wissenschaft durch den plötzlichen *Tod von Professor Eduard Albert* erlitten, der in seinem Geburtsorte, Senftenberg in Böhmen, am 26. September in einem Alter von nicht ganz 60 Jahren einem Herzschlage erlag. Der Wiener Med. Wochenschrift entnehmen wir folgende Daten aus seinem Leben: Eduard Albert wurde am 20. Januar 1841 als Sohn eines armen Uhrmachers und Ackerbürgers geboren. Seine Studien begann der aufgeweckte Knabe auf dem Gymnasium des benachbarten Reichenau und setzte dieselben in Königsgrätz fort. Im Jahre 1861 bezog er die Universität Wien, um sich dem Studium der Medicin zu widmen. Zu seinen Lehrern gehörten u. A. Hyrtl, Skoda, Oppolzer und Rokitansky. Besonders letzterer war von entscheidender Bedeutung für Albert's weiteren Lebensgang. Albert hat daher auch seinem Lehrer Rokitansky stets das dankbarste Andenken bewahrt. Den Doctorhut erwarb er sich im Jahre 1867 und hatte damit die schwierigste Periode seines Werdeganges hinter sich. Noch in demselben Jahre wurde er in den Verband der chirurgischen Klinik v. Dumreicher's aufgenommen und betrat damit die Stätte, an welcher er, mit einer relativen kurzen Unterbrechung, bis an sein Lebensende wirken sollte. Gar bald erkannte v. Dumreicher seinen Werth und machte ihn zu seinem klinischen Assistenten. Nach fünfjähriger, arbeitsvoller Lehrzeit wurde er im Jahre 1872 Docent und schon im folgenden Jahre auf Rokitansky's Betreiben als ordentlicher Professor der klinischen Chirurgie nach Innsbruck berufen, nachdem er vorher einen Ruf nach Lüttich abgelehnt hatte. Acht Jahre wirkte Albert in Innsbruck. Auf der Terrasse des Schlosses Ambras begann er sein weltbekanntes vierbändiges Lehrbuch der Chirurgie, das ebenso wie seine

„Diagnostik der chirurgischen Krankheiten" zahlreiche Auflagen erlebte und von seinem Verfasser bis in die jüngste Zeit stets auf der Höhe des Fortschrittes gehalten wurde. Am 2. Mai 1881 nahm A l b e r t als neuer Chef officiellen Besitz von jener Stätte, an welcher er unter v. D u m r e i c h e r als Schüler seine chirurgische Laufbahn begonnen hatte. Auch hier war sein Leben ein ausserordentlich arbeitsreiches. Neben rein chirurgischen beschäftigten ihn auch experimentell-pathologische Studien über Wärmeverhältnisse beim Fieber und über Hirndruck. In der Therapie der Knochen- und Gelenkstuberculose bei Kindern verfocht er zur Zeit der Resectionsorgien in Deutschland stets das conservative Princip der Wiener Schule. Er war ein besonderer Förderer des hohen Steinschnittes und der conservativen Magen-Darmoperationen. Ueberaus zahlreiche Arbeiten und Publicationen entstammten dieser Zeit. Seine 1895 erfolgte Berufung in das österreichische Herrenhaus führte A l b e r t auf die Höhe seiner äusseren Erfolge und in die breite Oeffentlichkeit. Im verflossenen Sommer wurde ihm als einzigen Chirurgen in Oesterreich die Ehre der Mitgliedschaft des „Royal College of Surgeons" zu Theil, welche Auszeichnung er persönlich in London in Empfang nahm. Auf dem XIII. internationalen medicinischen Congress in Paris war er mit der ehrenvollen Aufgabe betraut worden, die österreichische Regierung zu vertreten, und bezeichnete in seiner bejubelten Ansprache die Aerzte im Kampfe gegen die Krankheiten als Soldaten, welche bis zum letzten Herzschlage auf ihrem Posten verharren müssten. Ob er damals wohl ahnte, dass ihm so bald dieser Soldatentod beschieden sein sollte? A l b e r t war ein grosser Gelehrter und vor Allem auch ein grosser Mensch. Sein Andenken wird in der Geschichte der Medicin ewig fortdauern.

— Unter der Ueberschrift „*Les Médecins Amoureux*" berichtet die Gazette médicale de Paris (1900, No. 40) über folgendes ergötzliche Vorkommniss in Paris: Valentine X., eine der pikantesten Schönheiten von Paris, wurde kürzlich krank und wandte sich, da ihr Hausarzt zur Zeit selbst krank war, an einen jungen, soeben erst graduirten Arzt. Derselbe liess ihr die erforderliche ärztliche Behandlung angedeihen, wurde zugleich aber auch ein glühender Bewunderer der schönen Formen seiner Patientin. Die Besserung liess nicht auf sich warten und unterdessen vermehrte der verliebte Doctor die Zahl seiner Besuche in einer Weise, dass schon nach einem Monat die schöne Valentine ihren immer ungestümer werdenden Verehrer erhörte und ihm ihre langbegehrte Gunst schenkte. Einige Monate nach dieser erotisch-medicinischen Affaire erhielt die blonde Valentine zu ihrer grössten Ueberraschung von ihrem Doctor eine Rechnung, die sich auf die bescheidene Summe von 500 Franken belief. Sie schickte ihm einfach die Rechnung zurück in der Hoffnung, dadurch bei dem undankbaren Arzte die Erinnerung an die Vergangenheit wieder aufzufrischen. Allein nach drei oder

vier Tagen erhielt sie abermals eine Rechnung, mit dem Unterschiede, dass dieselbe jetzt auf den Betrag von 300 Franken reducirt war. Valentine X., ausser sich vor Entrüstung, dass der Doctor den Preis dessen, was für sie von unschätzbarem Werthe war, im Handumdrehen herabsetzte, schickte ihm die Rechnung ein zweites Mal zurück und glaubte, dass ihm endlich ein Verständniss für die Sachlage aufgehen würde. Letzteres scheint jedoch nicht der Fall gewesen zu sein, da er seine Patientin verklagte, worauf diese sich keinen Augenblick besann und beim Handelsgericht die Summe von Tausend Franken gegen den Doctor einklagte für „nächtlich geleistete Dienste" (services de nuit). Wie die Gazette médicale hinzusetzt, verspricht der Process amüsant zu werden.

Alle Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen, Manuscripte und Anfragen bezüglich des Inhalts sind zu richten an: Dr. A. Ripperger, 126 East 122d Street, New York City.

Schieffelin's Medicated Soaps

are made from pure, neutral, white soap, and contain no sugar, starch, silicate or filling material, and no coloring or pigment is added.

We guarantee that the percentage of medicament has been added as per label, and that the soap is thoroughly mixed. A descriptive pamphlet mailed to applicants.

Schieffelin & Co., New York.

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago und Cleveland.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XII. New York, December 1900. No. 12.

ORIGINALARBEITEN.

Ueberanstrengung des Herzens und deren Beziehung zur Fragmentation des Myocards.*)

Von Dr. F. Schwyzer.

Meine Herren! Ich möchte über einen Fall von plötzlichem Herztod berichten, der in manchen Stücken grosses Interesse verdient und welcher uns Veranlassung giebt, zwei wichtige Abschnitte aus der Lehre von den Herzkrankheiten zu besprechen, das klinische Bild von der Ueberanstrengung des Herzens und das anatomische von der Fragmentatio myocardii. Die nähere Erörterung dieser beiden Begriffe will ich für später aufheben und Sie zuerst mit Krankengeschichte und Sectionsbefund bekannt machen.

Eines Abends wurde ich zu einem Freunde gerufen und fand ihn eine halbe Stunde später todt. Seit Jahren nannte er mich seinen Arzt, obwohl er fast nie etwas zu klagen hatte, — ausser einem Grippeanfalle und einigen Attaken von leichter Intermittens. Er war 35 Jahre alt, 6 Fuss gross, von prachtvollem Wuchs. Seine Muskeln waren wie von Stahl und liessen sich durch die magere Haut wie ein Präparat erkennen. Der Mann zeichnete sich durch grösste Körperkraft aus, Ermüdung schien er kaum zu kennen, obwohl er schon vor einer Reihe von Jahren sich gelegentlich schwer überangestrengt hatte. Im Frühjahr 1888 wog er 175 Pfund und trainirte sich — für eine Regatta — um 30 Pfund herunter. Er ruderte damals in 3 Wettfahrten und

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York am 5. November 1900.

obwohl er zwei Mal dazwischen ohnmächtig wurde, schwamm und gewann er noch beim Wettschwimmen. Daraufhin musste er wegen äusserster Schwäche einige Zeit das Bett hüten. Seine Erholung dauerte lange, und man sagt, er sei von da an nie mehr ganz derselbe gewesen. Er wurde nervös, schlief schlecht, klagte über Dyspepsie und wog meist unter 150 Pfund. Die athletischen Uebungen musste er aufgeben und er beschränkte sich auf lange Märsche, oft 8—10 Meilen Abends. Im Jahre 1895 erklärte ihm ein Arzt, die Nervosität komme von Mangel an Körperübung und verschrieb das Bicycle. Dieser Sport wurde bald in derselben Weise übertrieben, wie früher das Rudern. Der Mann fuhr während der nächsten Jahre fast jeden Sonntag 100 oder mehr Meilen, ausserdem an Wochentagen Abends in kurzer Zeit weite Strecken. Seine gewöhnliche Geschwindigkeit war 15—18 Meilen per Stunde, doch waren ihm 20 Meilen nicht zu viel, und kein Hügel veranlasste ihn zum Absteigen. Im Jahre 1897 fuhr er 157 Meilen in 12 Stunden, er war aber nachher sehr erschöpft, blass, hatte Brechreiz und konnte nicht schlafen. Er erholte sich in wenigen Tagen und klagte nie über sein Herz, nur über seinen Magen und hie und da über Schmerz im Epigastrium. Er wurde damals von der Lebensversicherung angenommen, und auch von mir in jeder Richtung als normal befunden. Nach seiner Verheirathung 1898 machte er etwas weniger weite Fahrten, doch waren die 100 Meilen per Sonntag die Regel, er blieb aber mager und nervös. Alcohol consumirte er wenig und bloss eine Tasse Kaffee oder Thee per Tag; er rauchte 3 bis 4 Cigarretten und 1 bis 2 Pfeifen und ass sehr wenig. Er war immer ziemlich blass, wurde graufahl im Gesicht nach schweren Körperübungen, fast nie roth. Wenn er lange schwamm, wurde er leicht bläulich, hatte aber nie Athemnoth und war sehr stolz auf seine Lungen.

Im November 1899 hatte er während der Nacht einen Anfall von Angstgefühl und klagte über Schwäche in den unteren Extremitäten. Vom Arzte wollte er nichts wissen, obwohl er von jetzt an oft „dyspeptische" Beschwerden hatte. Er machte trotzdem weite Spaziergänge. Am 17. December war die Schwäche besonders auffallend und er schien auch eine leichte Sehstörung zu haben. Abends wollte er einen Spaziergang machen, kehrte aber zurück, weil es regnete. Er rannte 3 Treppen hinauf und legte sich bald zu Bett. Um 10 Uhr bekam er eine Art von Convulsion, schien enorme Schmerzen in der Herzgegend zu haben,

welche gegen die linke Seite des Halses ausstrahlten und war gegen halb elf Uhr todt, trotz künstlicher Athmung und Aetherinjectionen, welche ein Arzt aus der Nachbarschaft machte.

Die Autopsie nahm ich im Einverständniss mit dem Coroner 16 Stunden nach dem Tode vor. Ich fand einen schlanken, sehr musculösen, fettarmen, nicht oedematösen Körper. Die Muskeln waren noch in voller Todtenstarre, „steinhart." Das Abdomen eingezogen, Peritoneum und Därme normal, letztere mit nur wenig Inhalt. Magen nicht gross, enthielt etwas Flüssigkeit und etwas Gas, Schleimhaut unverändert. Lungen unverändert, in den hinteren Theilen leicht ödematös. Milz etwas gross, zähe, Nieren, Nebennieren und Leber durchaus unverändert, ebenso Blase und Sexualorgane. Das Pericard unverändert. Das Herz war in Diastole still gestanden, von anscheinend normaler Grösse. Auf den ersten Blick erschien es auffallend flach und beim Anfassen zeigte sich seine Consistenz fast butterweich, wie Sulze, so dass es mir beim Herausnehmen aus dem Körper mehrmals aus den Händen schlüpfte. Evidentermassen war das Herz das pathologisch veränderte Organ des Körpers. Gehirn und Rückenmark konnte ich nicht untersuchen, doch war von Seite dieser Organe kaum etwas zu erwarten. Der Gegensatz zwischen der enorm entwickelten Körpermusculatur und diesem elenden Herzen war in der That überraschend und erinnerte mich an einen Aufsatz von Karl Hirsch „Ueber die Beziehungen zwischen dem Herzmuskel und der Körpermusculatur" und über sein Verhalten bei der Herzhypertrophie"[1], worin er den Satz aufstellt: „Thätigkeit und Maass der Körpermusculatur hat einen Einfluss auf Thätigkeit und Maass des Herzens." Muskelstarke Menschen haben ein muskulöses Herz und umgekehrt. War dies nicht ein sonderbarer Gegensatz in dem vorliegenden Falle?

Eine Eröffnung des Herzens ergab weite Höhlen, voll von Cruor und flüssigem Blut. Relativ dünne Wände; die Musculatur auf dem Schnitt anscheinend normal, jedoch leicht getrübt, keinerlei Streifung, keine gelben Flecken, keine Fetteinlagerung, die Klappen durchaus normal, Aorta und Pulmonalis glatt, elastisch und unverändert. Die Vorhöfe waren relativ weniger gefüllt, als die beiden Ventrikel.

Herz und Stücke der einzelnen Organe wurden zur micro-

[1] Deutsch. Arch. f. klin. Med., Bd. 64, pag. 597—634.

scopischen Untersuchung, über welche ich später berichten werde, aufgehoben.

Ich glaube es wird für viele von Ihnen von Interesse sein, wenn ich zuerst die verschiedenen möglichen Todesursachen hervorhebe, bevor ich Ihnen das endgültige Resultat mittheile. Ich dachte an eine centrale Störung, jedoch waren dafür die Herzmuskelerscheinungen zu prononcirt und die Krankengeschichte ergab nicht den geringsten Anhaltspunkt. Ich dachte an eine Erkrankung der Coronararterien. Cohnheim und A. v. Schulthess-Rechberg[1] haben experimentell nachgewiesen, dass bei Verschluss der Coronararterien das Herz ziemlich plötzlich stille steht. Die Coronararterien waren in unserem Falle unverändert, sie enthielten flüssiges Blut, und zeigten keine Embolien. Auch von necrotischen Herden, wie sie bei Verstopfung kleinerer Aeste der Coronararterien beschrieben sind (E. Graser[2]) zeigte sich keine Spur. Von Wandendocarditis[3] als Ursache plötzlichen Herztodes, von Fettherz oder von chronischer Myocarditis war nichts zu sehen. Ich dachte an die Möglichkeit einer Erkrankung des Herzganglienappartes, welche besonders von russischen Autoren als Grund plötzlichen Herzcollapses beschrieben wurde. Putjatin[4] (Petersburg 1878) publicirte eine Reihe von Fällen, welche einen ähnlichen Verlauf genommen hatten, wie der unserige. Einige stenocardische Anfälle mit Angstgefühl, Symptome der Angina pectoris und plötzlicher Tod durch Herzparalyse. Meistens handelte es sich aber bei seinen Fällen um Herzen, welche da oder dort entzündliche Veränderungen zeigten, sei es Endocarditis, myocarditische Herde oder Atherom der Aorta mit Verdickungen der Adventitia, so dass Putjatin an eine Fortleitung des Krankheitsprocesses auf die Herzganglien glaubte. Auch Lancereaux[5] fand bei einem Menschen, der an einem Anfall von Angina pectoris starb, neben leichten Veränderungen der Coronararterien entzündliche Infiltration des Plexus cardiacus und Degeneration

[1] Virchow's Arch., Bd. 85, pag. 503.

[2] Myomalacia cordis etc. Deutsch. Arch. f. klin. Med., Bd. 35, pag. 598.

[3] C. Nauwerck, Deutsch. Arch. f. klin. Med., Bd. 33, pag. 210.

[4] Ueber die path. Veränderungen der anatom. Nervenganglien bei Herzkrankheiten. Virchow's Arch., Bd. 74, pag. 461.

[5] Gaz. méd. 1864, pag. 432.

einzelner Nervenstämme. Der Sitz der Nervenganglien im menschlichen Herzen wurde hauptsächlich von Jwanowsky 1876 festgestellt. Sie sind in der Scheidewand der Vorhöfe zu suchen, hauptsächlich in deren oberem Theil, über dem Muskelring, der das ehemalige Foramen ovale umschliesst. Sie sind von vielen Gefässen umgeben und wie bemerkt vielfach im Zustande acuter oder chronischer Entzündung gefunden worden. So beschrieb N. Uskow[1] „Zur Pathologie der Herznerven" reguläre neuritische Veränderungen, Verdickung und Verdünnung der Myelinscheiden, Wucherungen des Perineuriums und Ausgang in totale Degeneration. Auch D. Kusnezow[2] „Ueber die Veränderungen der Herzganglien bei acuten und subacuten Endocarditiden" fand Granulations- und Degenerationsprocesse in den Herznerven und Ganglien. Iwanowsky, Wassilief, Koplewsky und andere beschreiben theils primäre Herzganglienerkrankungen, theils secundäre im Verlauf und nach schweren Infectionskrankheiten. Von alledem war in unserem Falle nichts nachzuweisen, Ganglienzellen und Nervenfasern fand ich unverändert.

Gehen wir jetzt über zur Beschreibung des microscopischen Herzbefundes: Ich untersuchte zuerst frische Muskelstücke aus den Papillarmuskeln, Trabekeln, aus dem Septum ventriculorum und von der Wand des rechten und linken Ventrikels, sowohl an Zupfpräparaten, als auch an Gefrierschnitten. Es fand sich weder Fettinfiltration, noch Fettdegeneration oder chronische interstitielle Myocarditis. Von albuminöser Trübung, wie man sie so oft bei acuten Infectionskrankheiten findet, war nichts zu sehen. Auch durch Osmiumsäure liessen sich nirgends Degenerationsprocesse nachweisen, ebensowenig durch Sudan III, eine Fettfarbe, die aus alcoholischer Lösung nur Fett färbt. Zu genauerem Studium verwendete ich Celloidinschnitte, denn für Muskeln sind Gefrierschnitte nicht sehr geeignet.

Die Muskelemente befinden sich im Zustande grösster Unordnung. Manche sind contrahirt, kurz und dick, andere erschlafft, dünn und lang. Manche deutlich quergestreift, andere schief oder undeutlich gestreift. Viele Fasern zeigen normale und veränderte Stellen, d. h. innerhalb von 3—5 Querstreifen wird

[1] Virchow's Arch., Bd. 91, p. 453.
[2] ibid., Bd. 131, p. 1.

die Zeichnung undeutlich und lässt eventuell nur noch lineäre Streifung entsprechend der Zwischenscheibe erkennen. In vielen Fasern erscheint da, wo die deutliche Querstreifung aufhört, statt der Querlinirung durch die Zwischenscheiben eine Längsstreifung, welche oft deutliche Auflösung in Längsfibrillen erkennen lässt. Diese Auflösung in Fibrillen sieht man auch bei einzelnen Fasern mit noch erhaltener Querstreifung.

Da wo die Zeichnung aufhört, sind die Fasern meistens gequollen, wobei die gequollene Partie zuweilen noch Längsstreifung erkennen lässt. Sehr viele Fasern sind halb oder ganz durchrissen, im Zustande der Fragmentation. Die Trennung der Faserstücke von einander findet nicht nur in den Ebert h'schen[1] Kittlinien statt, sondern gerade so gut innerhalb der einzelnen Muskelzellen. Oft ist eine Zelle in 3 und mehr Fragmente getrennt, und die Distanz zwischen denselben ist manchmal eine ganz beträchtliche. Eine directe Betheiligung der Kerne am Bruch der Fasern konnte ich nie constatiren; wenn der Kern zufällig in der Bruchlinie liegt, so steckt er aus dem einen Fragment hervor, ist also nicht quer durchgebrochen. Sehr häufig sind Fasern nur zur Hälfte eingerissen, manchmal zeigt die gleiche Faser mehrere kleine seitliche Einrisse. Was nun die Bruchflächen anbelangt, so sind sie meist scharf conturirt, manchmal quer, manchmal treppenförmig schräg. An einzelnen Fragmentlinien treten wie ein Saum die Längsfibrillen deutlich hervor, ein Zustand, welchen R. Oestreich als Ausfranzung bezeichnet hat. Hie und da scheint sich eine Partie der Faser, die zwischen zwei deutlichen Fragmentlinien gelegen ist in cubische Trümmer aufgelöst zu haben, die durch ihre Lage noch eine Andeutung an Querstreifung ergeben. Mancherorts zeigen auch nicht auseinandergerissene Fasern diese Auflösung in würfelförmige Bruchstücke. Die Kittlinien erscheinen manchmal entschieden verbreitert und oft sind sie durchgerissen.

Nicht sehr selten sind total getrennte Fragmente durch eine fast unsichtbare Brücke aneinander gehalten, und ich möchte die homogene, farblose Verbindungssubstanz als nicht eingerissenes Sarcolemma bezeichnen, wenn dieselbe nicht ein durch Formalin gefälltes, vorher flüssiges Eiweissproduct darstellt. Nach der Ar-

[1] Virchow's Archiv, Bd. 37, pag. 100.

beit von F. Glaser[1] scheint es sich wirklich um ein richtiges Sarcolemm zu handeln, obwohl Eberth[2] die Herzfasern für hüllenlos erklärt. Die modernen Lehrbücher scheinen die Anwesenheit eines Sarcolemms zu läugnen, während Oestreich[3] diese Verbindungssubstanz als Sarcolemm erwähnt.

Die Kerne sind theils länglich, scharf conturirt, chromatinreich (haptsächlich in den normalen Fasern), theils oval und scharf conturirt, aber auffallend chromatinarm. Andere Kerne sind in ihren Conturen etwas unscharf, wie gequollen und endlich finden sich eine Reihe von Nuclei, die kugelförmig, aber zusammengeknittert sind, so dass sie aussehen wie ein Cautshukball, der nicht mehr genügend Luft enthält. Diese enthalten meist gar kein Chromatin.

Die Fragmentation ist in den Papillarmuskeln sehr ausgesprochen. Stellenweise ist daselbst jede Faser gebrochen, aber der Character der Veränderung ist überall derselbe.

Die Blutgefässe des Myocards sind meistens mässig gefüllt und zeigen nicht die geringste Veränderung. Das Blut, welches ich in diesen Gefässen und in Milz, Leber und Nieren studiren konnte, zeigte weder auffallende Leucocystose noch ein abnormes Verhältniss im Procentsatz der verschiedenen Leucocyten. Die Leucocyten zeigen keine Tendenz zur Randstellung oder zur Auswanderung aus der Capillarwand, und die rothen Blutkörperchen liessen weder Zeichen von Anämie (gekernte rothe) noch Malariaplasmodien oder Pigment erkennen. Ich glaube daraus mit Sicherheit schliessen zu können, dass Patient nicht einer acuten Malariaattake erlegen ist. Auch an Sepsis ist nicht zu denken (weil sorgfältige Bacterienfärbung nirgends eine Spur von Bacterien ergab und weil in der Leiche alle anatomischen Veränderungen fehlten). Die Temperatur der Leiche wenige Minuten nach dem Tode war keineswegs erhöht. Eine genaue Untersuchung der Aeste des Plexus cardiacus und der Herzganglien ergab, wie schon bemerkt, durchaus normale Verhältnisse. Das Epicard und das Endocard waren ebenfalls unverändert, keine Spur von chronischer oder beginnender acuter Entzündung.

[1] Virchow's Archiv, Bd. 154, pag. 291, 1898. Haben die Muskelprimitivbündel eine Hülle?

[2] Virchow's Archiv, Bd. 37.

[3] Die Fragmentatio myocardii. Virchow's Archiv, Bd. 135, pag. 79—111.

Wenden wir uns zu einer allgemeineren Besprechung der Fragmentation des Herzmuskels. Im Jahre 1847 hat Virchow[1] bei acuter Muskelentzündung, sowohl bei Skelet- als Herzmuskeln, ein Undeutlichwerden der Querstreifung und Brechen in unregelmässige Stücke beschrieben. Später beobachteten v. Zenker 1864 und Rindfleisch[2] 1870 Auflösung der Herzmuskelfasern in Fragmente. Ferner beschrieb Joseph Coats[3] „transverse fractures" der Herzmuskelfasern. Systematisch wurde diese ganze Frage zuerst von Renaut[4] behandelt, welchem eine Reihe von französischen Autoren folgten. (Pitres, Landouzy, Durand, Lancereaux, Jaccoud.) Mit ihnen betheiligten sich einige russische Autoren an der Sammlung des nothwendigen Materials, während die Deutschen erst relativ spät dieser Erscheinung ihr Interesse zuwandten. Browicz[5] beschreibt solche Herzen als abnorm weich, schlaff, ausgedehnt, und glaubt, dass aus diesem Befund schon macroscopisch die Diagnose zustellen sei. Er leugnet, dass die Zerreissung der Herzmuskelfaser eine postmortale Erscheinung sei, denn er hat zwischen Fragmenten einzelner Fasern rothe Blutkörperchen beobachtet neben kleinen interstitiellen Blutungen. Er betont, dass die Verlängerung der Kittleisten die erste Erscheinung der Fragmentation darstelle, und die Fragmentation bei sonst anscheinend normalem Herzen stattfinde und zu plötzlichem Tode führen könne. Auf dem Berliner Congresse 1890 wurde die Frage der Fragmentation von v. Recklinghausen und von v. Zenker einlässlich besprochen. v. Recklinghausen nennt die Fragmentatio myocardii eine Erscheinung, welche zur Beobachtung kommt bei plötzlichem Tod im Verlauf von Herzkrankheiten, von acuten Infectionskrankheiten, von Nephritis oder von Affectionen der nervösen Centralorgane. Dass die Fragmentation der Agone vorausgehe, hält er für nicht bewiesen, und die Myocardite segmentaire essentielle für hypothetisch. v. Zenker fügte hinzu, dass die Fragmentation nicht vereinbar sei mit längerem Leben, doch könne

[1] Virchow's Archiv, Bd. 4, pag. 266, 270.
[2] Lehrbuch der pathologischen Gewebslehre, pag. 202.
[3] Glasgow Medical Journal, August, 1872.
[4] Notes sur les alterations du Myocarde accompagnantes l'inertie cardiaque. Société de Biologie. Juillet 7, 1877. Gazette médicale de Paris, pag. 361.
[5] Wiener klin. Wochenschrift, No. 50, 1889, Dec. 12.

Schwächung und Läsion der Kittlinien schon längere Zeit bestanden haben.

So halten die einen Fragmentation für das Resultat der letzten Herzcontractionen, während andere sogar so weit gehen, dass sie intra vitam die Diagnose der Fragmentatio stellen und eine Therapie empfehlen, während wieder andere eine mehr vermittelnde Stellung einnehmen und vitale vorbereitende Veränderungen voraussetzen, welche zu Zerreissungen disponiren, die dann während der letzten agonalen Contractionen eintreten.

Seither ist viel über den Gegenstand geschrieben worden und ich möchte aus den neueren Arbeiten folgendes hervorheben: A. Tedeschi[1] über Fragmentation des Myocardium bespricht in seiner, theilweise im patholog. Institut, Berlin, verfassten Arbeit, unter anderem die macroscopische Diagnose der Fragmentation. Wenn man mit dem Messer über die glatte Schnittfläche streicht, so fasert sich die Musculatur auf, falls Fragmentation vorliegt. Ich habe diese Vorschriften seit einigen Jahren befolgt und meistens für zutreffend gefunden. Aus der sehr guten Arbeit von R. Oestreich möchte ich das Folgende Ihnen mittheilen: Die Fragmentation wird nicht in allen Theilen des Herzens gleich oft angetroffen, am häufigsten findet sie sich in den Papillarmuskeln, sodann im Septum ventriculorum; im linken Herzen, häufiger als im rechten, in den Ventrikeln viel öfters als in den Vorhöfen. In den letzteren ist sie relativ selten. Wie Israel[2] nicht die Kittlinien für den einzigen Ort der Fragmentation hält, so nimmt auch Oestreich den Zellkörper als die Trennungsstelle an, ja er bezeichnet ihn als den hauptsächlichen Ort der Trennung. Oestreich hält die Bedeutung der Fragmentation als causa mortis für durchaus nicht bewiesen und fand sie, wie auch Recklinghausen, öfters bei anscheinend gesunden Menschen, die plötzlich verunglückten. Diese letzteren Fälle würden entschieden für die Recklinghausen'sche agonale Theorie der Fragmentatio cordis sprechen.

Nach Allem, was ich gesehen habe, glaube ich weder den einen (hauptsächlich der deutschen Richtung) noch den anderen (hauptsächlich den Franzosen) mit ihrer vitalen Theorie allein Recht geben zu wollen. Mir scheint die Wahrheit, wie so oft,

---

[1] Virchow's Archiv, Bd. 128, pag. 185.

[2] Zur Entstehung der Fragmentatio myocardii. Virchow's Arch., Bd. 133.

auch hier in der Mitte zu liegen, d. h. Fragmentation kommt vor als rein agonale Erscheinung bei Formen des Todeskampfes, die zu enorm heftigen und uncoordinirten Herzcontractionen führen, was z. B. sehr leicht dann eintreten kann, wenn durch plötzliche Ursache das Leben eines Körpers vernichtet wird, dessen einzelne Organe noch nicht die Degenerationsvorgänge durchgemacht haben, welche sonst das Leben zu einem natürlichen Abschlusse bringen. Die Fragmentation kommt aber auch zur Beobachtung als das Resultat von primären Veränderungen der Herzmuskelfasern, welche in Quellungs- und Schrumpfungsvorgängen der Fasern, in Verlust der Querstreifung derselben, in Degenerationsvorgängen der Kerne[1], in Quellung oder Lockerung der Eberth'schen Kittleisten bestehen. Wie man nun diese Vorgänge bezeichnen soll, wage ich nicht zu entscheiden, doch möchte ich auf eine Bemerkung Ramond's[2] aufmerksam machen, welcher einen professionellen Schnellläufer nach einem Distanzlauf von 30 km mit Fieber, Dyspnoe, Delirium cordis erkranken und nach wenigen Stunden sterben sah. Er fand ein schlaffes Herz, keine Myocarditis, aber hochgradige longitudinale und transversale Dissociation der Fasern mit reichlichen Blutungen dazwischen und nahm an: Herztod in Folge „übergrosser Ansammlung von durch Anstrengung gebildeten Toxinen." Durand glaubte an starke Lymphstauungen, wobei die durch die Herzarbeit producirte Fleischmilchsäure auf die Kittsubstanz lösend wirkt. Wenn Durand entgegnet wird (von Rosenbach), dass die Zerreissungen nicht nur im Kitt, sondern auch quer in den Muskelfasern stattfindet, so möchte ich dazu bemerken, dass ein allfällig vorhandener Ueberschuss von Milchsäure nicht nur die Kittsubstanz, sondern auch die Muskelfasern beeinflussen müsse und sehr wohl eine abnorme Brüchigkeit derselben verursachen könne. (Ich möchte übrigens weder Ramond's noch Durand's Theorie unterschreiben.)

Wir brauchen für die primäre zu Fragmentation führende Herzmuskelerkrankung nicht eine einheitliche Ursache annehmen. Im einen Falle mögen es die Producte acuter Ueberanstrengung sein, im anderen Bacterientoxine, die acut oder chronisch die Muskelfasern geschädigt haben (wie dies z. B. vom Bact.

[1]Siehe Göbel, Durand, Mollard etc. Centralbl. f. Pathologie, 1893.

[2]Citirt nach Centralbl. f. Pathologie, 1897, pag. 236. Referat über Sitzung der Societé médicale des Hôpiteaux, Paris.

coli commune beschrieben wurde[1]), in wieder einem Falle dürfte es die intensive Schädigung sein, welche das Herz durch oft wiederholte Ueberanstrengung erfahren hat und wieder in anderen Fällen konnte man an einen rein trophoneurotischen Einfluss denken, z. B. durch Angst oder Sorgen, welche die Vorbedingung zu einer gelegentlich einsetzenden Fragmentation geschaffen haben.

Ich möchte also, um zu recapituliren, zwei scharf getrennte Arten von Fragmentatio myocardii annehmen, wobei die eine als rein mechanisch aufzufassen ist (bei relativ gesundem Herzen), während die andere das Endresultat eines pathologischen Processes bedeutet, der sich durch längere oder kürzere Zeit entwickelt hat.

John Bruce McCallum[2] besprach vor einem Jahre die Fragmentation in ähnlichem Sinne. Er nimmt zwei Gruppen an, eine primäre und eine secundäre. Als secundäre Fragmentation beschreibt er ein einfaches Brechen der Muskelfasern in Folge mechanischer Bedingungen während der Agone, und als primäre eine degenerative Fragmentation, welche er als einen mehr oder wenig langsam sich entwickelnden Desintegrationsprocess bezeichnet, dessen verschiedene Stadien er beschreibt und den er als eine Krankheit ansieht. Er nennt den einfachen Bruch eine zufällige Läsion, die sarcolytische Degeneration dagegen einen patholog. Process verursacht durch nutritive Störungen von bis jetzt unbekannter Natur.

Dass die beiden Arten der Fragmentation zu anderen Herzmuskelfasererkrankungen hinzutreten, dürfte als selbstverständlich anzusehen sein. So fand Karcher öfters neben der Fragmentation trübe Schwellung der Fasern oder verschiedene Grade der fettigen Degeneration und der Fragmentation, beide im gleichen Grade zunehmend. Wo aber intensive Bindegewebsveränderungen vorhanden sind, da fehlt meist die Fragmentation.

Wir haben bis jetzt festgestellt, dass unser Patient nach vielfachen Ueberanstrengungen unter dem Bilde des Herzcollapses gestorben ist. Die Section ergab schwere degenerative Veränderungen der Herzmuskelfasern und als Folge davon Rupturen derselben, die sogenannte Fragmentatio myocardii. Es bleiben

[1] Dunin, Ziegler's Beiträge XVI, pag. 134-41.
[2] Journal of Experimental Medicine, IV, 1899, pag. 409).

uns aber noch eine Menge von Fragen übrig und von diesen möchte ich die Ueberanstrengung des Herzens noch etwas besprechen.

Ueberanstrengung des Herzens ist ein Wort, welches nicht nur der Mediciner, sondern auch der Laie gar oft braucht. Das Vorkommen derselben bezweifelt niemand und hat auch sicherlich seit Hippocrates Zeiten niemand geleugnet, obwohl erst in der Neuzeit das klinische Bild näher beschrieben worden ist und zwar von Johannes Seitz[2] aus Birmer's Klinik in Zürich. Schon vorher haben Hope, Bouillaud[3], Peacock, Stokes[4], Wilhelm Baur[5], Schultz, Friedreich[6] sich damit beschäftigt. Alle diese Autoren verbinden den Begriff der Herzüberanstrengung mit demjenigen Zustande, der als primäre oder idiopathische Herzhypertrophie bekannt ist, und auch Seitz scheint anzunehmen, dass zur Ueberanstrengung des Herzens nothwendiger Weise eine idiopathische Herzhypertrophie gehöre, resp. derselben folgen müsse.

Einige Fälle von Seitz sind in ihrer Geschichte dem unserigen sehr ähnlich. Stets handelt es sich um relativ junge und menfielen und von dem Zeitpunkt an mehr oder minder arbeitsunfähig waren, oder welche doch seit einer grossen Anstrengung nicht mehr dieselben waren, wie früher. Rieder[1] giebt folgendes klinisches Bild: Die Patienten klagen über Druck auf der Brust und im Leib, Mattigkeit, Schwindelgefühl, Herzklopfen; dazu gesellt sich Dyspnoe, Hustenreiz, Herzschmerz, Unruhe, meist äusserst kräftige Menschen, welche gerne mit ihrer Kraft prahlten und bei Gelegenheit einer ganz übertriebenen Körperanstrengung — sei es nun Heben von enormen Lasten oder Wettlauf — mit intensivem Schmerz in der linken Brustseite zusambesonders Nachts, Schlaf- und Appetitlosigkeit. Seine Fälle endeten meist mit raschem Exitus, nur in einem trat anscheinend völlige Erholung ein.

[1] Deutsch. Arch. f. klin. Med., Bd. 55, pag. 8—59.

[2] Zur Lehre von der Ueberanstrengung des Herzens. Deutsch. Arch. f. klin. Med., Bd. 11, pag. 485—527 und pag. 544—574 und Bd. 12, pag. 227—319, und pag. 433, 465, 583, 605.

[3] Maladies du Coeur., Paris, 1837.

[4] Diseases of the heart and aorta. 1850.

[5] Schmid's Jahrbücher, Bd. 106, pag. 176. Ueber reine Hypertrophie ohne Klappenfehler. Dissertation Giessen 1860.

[6] Krankheiten des Herzens, 1867, in Virchow's Handbuch, pag. 160.

Wie wir aus unserem Falle und aus einigen in der Literatur sehen, gehören die Begriffe Ueberanstrengung des Herzens und idiopathische Hypertrophie nicht zusammen, die letztere ist nur manchmal das Resultat der ersteren, aber keineswegs immer. Die Anatomie hat in den letzten 30 Jahren so sehr die Medicin beherrscht, dass oft die Functionsstörung den Aerzten nebensächlich erschien, während diese doch die Hauptsache ist.

Wir haben noch kein einheitliches anatomisches Bild für die Herzüberanstrengung, wohl aber ein sehr bekanntes functionelles. Als anatomische Veränderungen sind von guten Beobachtern albuminöse Trübung und Fragmentation beschrieben worden. Dies gilt aber nur für die letal endigenden Fälle schwerster acuter Ueberanstrengung, während wir von der Anatomie eines sich erholenden Herzens nichts wissen. Die Anatomie der chronischen oder oft wiederholten acuten Herzüberanstrengung ist etwas besser bekannt, jedoch auch hier nur die eine Hälfte der Fälle. Die sogenannte ideopathische Herzhypertrophie ist das Resultat, aber, wie oben bemerkt, kommt sie lange nicht bei allen überanstrengten Herzen zu Stande. Die Frage der physicalischen Vorgänge der Herzüberanstrengung zu besprechen, wage ich heute nicht, da die Zeit zu kurz.

Nun noch einige epicritische Bemerkungen: Zweifellos hat der Patient durch mehrfache Ueberanstrengungen das Herz dauernd geschädigt, und dass der Mann an Herzcollaps gestorben ist, erscheint sicher zu stehen. Ich kann aber daraus nicht den Satz ableiten, dass Ueberanstrengung des Herzens zu Fragmentatio myocardii führe. Wenn man jedoch die in der neueren Literatur verzeichneten Fälle von Herztod nach Anstrengung zusammenstellt, so findet man Fragmentation fast in allen erwähnt. So möge auch der unserige die Casuistik in diesem Sinne bereichern.

Wenn man nach einem Grund frägt, warum das Herz unseres Patienten trotz oft wiederholter Anstrengungen nicht hypertrophirt ist, so ist es schwer darauf eine Antwort zu geben. Es liesse sich vielleicht folgende Hypothese aufstellen: Der Entwicklung ideopathischer Herzhypertrophie gehen nicht nur grosse Ueberanstrengungen, sondern auch beträchtlicher Flüssigkeitsconsum voraus. Unser Patient war weder Wasser- noch Biertrinker, er genoss auch nach grossen Anstrengungen nur sehr wenig Flüssigkeit. Sein Herz hatte entschieden weniger Grund, in Folge acuter Anstrengung zu hypertrophiren, da durch

diese gleiche Anstrengung das Blut und die Körpersäfte vielleicht um zehn Procent oder mehr eingedickt wurde. Wenn aber, wie in Europa zum Beispiel, nach einer anstrengenden Bergtour am Abend ein übertriebener Biergenuss folgt, so wird auch n a c h der Muskelanstrengung das Herz mit vermehrter Kraft weiter zu arbeiten haben, so dass auf der einen Seite eine Ursache für Hypertrophie bestehen bleibt, während auf der anderen Seite die Energie für ganz tolle Kraftproben etwas gedämpft wird. In der That sind diese ärgsten Uebertreibungen der athletischen Sporte bei den Deutschen relativ selten, sie sind sozusagen ein Eigenthum der anglosächsischen Rasse.

Unerklärlich bleibt mir, dass der Patient trotz der mehrfachen Herzläsionen seine unsinnige Geschwindigkeit beim Bicyclefahren aufrechterhalten konnte und im Stande war, noch wenige Stunden vor seinem Tode die drei Treppen eines Hauses Laufe zu nehmen. Da giebt es wohl nur eine Antwort: Mangel an dem, was man bei anderen Menschen Ermüdungs- oder Krankheitsgefühl nennt und eine zum Glück seltene Körperenergie.

Die Gonorrhoea und unser moderner Standpunkt in der Frage der Behandlung derselben.

Von Dr. Henry J. Scherck, M.D.,
Consulting Surgeon am City Hospital zu St. Louis.

Nur wenige Krankheiten erfreuen sich einer solchen Vielseitigkeit der Behandlungsmethoden wie die Gonorrhoe, und dabei sind wir noch weit davon entfernt, eine Methode zu kennen, die uns für die Mehrheit der Fälle günstige Resultate garantiren würde. Wollen wir uns schlüssig darüber werden, welche der Behandlungsformen die günstigsten Erfolge giebt, dann müssen wir vor Allem verlangen, dass alle einschlägigen Specialisten genaue Tabellen ihrer Fälle mit Angabe der verwendeten Therapie und den erzielten Erfolgen oder Misserfolgen anlegen und zeitweilig publiciren. Die Gonorrhoe ist eine Erkrankung, die die sorgfältigste Beachtung verdient; Folgezustände derselben sind nicht so selten die Veranlassung quälender Beschwerden für viele Jahre hinaus, manchmal sogar Todesursachen, und welche verhängnissvolle Folgen scheinbar unbedeutende Resi-

duen der Gonorhoe für die unschuldige Ehegattin haben können, bewiesen die Arbeiten Lawson-Tait's, Wertheim's und anderer.

Echte Gonorrhoe ist zunächst eine Localinfection, hervorgerufen durch Eindringen des Gonococcus Neisseri in die Schleimhaut. Unser erstes Bestreben muss daher sein, die Lebensfähigkeit dieser Keime so rasch als möglich zu vernichten. Die Behandlung einer solchen acuten Gonorrhoe bietet, soweit sie die Pars pendula des Penis betrifft, keine nennenswerthen Schwierigkeiten; wandert die Infection aber in die Pars posterior oder in die Samenbläschen, Prostata und schliesslich in die Harnblase, dann stossen wir schon auf bedeutende Hindernisse. Um auch dann noch die Erkrankung vollkommen zweckmässig bekämpfen zu können, ist zunächst eine genaue Kenntniss der Anatomie der Urethra und ihrer Anhänge nöthig.

Im Nachfolgenden will ich nun den Leser nicht durch eine erschöpfende Darstellung der Anatomie des Genitaltractes ermüden, sondern nur in Kurzem das erwähnen, was mir zum Verständnisse der Behandlung gonorrhoischer Erkrankungen nothwendig erscheint.

Die Urethra ist vom Meatus externus bis zur Harnblase in ihrem ganzen Verlaufe von Schleimhaut bedeckt. In ihren vorderen Theil — vom Meatus bis zum Ligamentum triangulare — münden dreierlei Arten von Drüsen ein: die Cowper'schen Drüsen, die Morgagni'schen Crypten und die Littre'schen Follikel. Sie gehören alle zu den tubulösen Drüsen. Die Littre'schen und Morgagni'schen sehen einander sehr ähnlich, doch sind erstere in grösserer Zahl vorhanden und meist am Boden der Urethra eingelagert. Die Cowper'schen Drüsen liegen hinter der vordersten Schichte des Ligamentum triangulare und öffnen sich in den Bulbus der Urethra.

In der Pars prostatica der Urethra sind sehr zahlreiche Drüsen und kann man die kleinen Oeffnungen der mit Epithel ausgekleideten Kanälchen, die in das Prostatagewebe hineinführen, überall sehen. Die Prostata ist von glatten Muskelfasern in allen Richtungen durchzogen und durch die Contraction dieser wird das Secret der Drüsen in die Urethra getrieben. Ich mache speciell auf diesen Umstand aufmerksam, weil auf diesem Wege in Fällen chronischer Prostata gonorrhoe mit kleinen Herden noch virulenter Gonococcen letztere gelegentlich einer solchen Contraction in die Urethra eingebracht werden und so eine acute Reinfection veranlassen können.

An beiden Seiten des Sinus pocularis befinden sich die Oeffnungen der Samenkanälchen, die den Samen von den Samenblasen zur Urethra führen. Besonders hinter dem Caput gallinaginis haben wir dann die Ausführungsgänge der schon oben erwähnten Prostatadrüsen. Ihre Zahl ist individuell sehr verschieden. Sie sind ganz besonders zu beachten, weil wir gerade sie oft als den Sitz chronischer Entzündungen kennen lernen, die eine Hypertrophie der umgebenden Gewebe veranlassen können, bekannt als der sogenannte „dritte Lappen der Prostata." In dieser Region liegt nun auch der Sphincter urethrae, der den vorderen Theil der Urethra vom rückwärtigen abgrenzt und oft auch eine Grenzlinie zwischen inficirter und noch gesunder Urethra bildet. Diese anatomischen Verhältnisse sind für eine zweckmässige Behandlung der Urethritis wichtig.

Tritt eine gonorrhoische Infection der Urethra ein, so wandert sie vom Meatus in der Richtung gegen den Sphincter weiter. In uncomplicirten Fällen findet sie hier ein unüberschreitbares Hinderniss. Wird zu dieser Zeit eine locale antiseptische Behandlung begonnen und gleichzeitig auch das ganze Verhalten des Patienten, speciell auch die Diät, geregelt, so tritt in den meisten Fällen bei Zuziehung bestimmter interner Medication bald Besserung und schliesslich Heilung ein. In diesen Fällen handelt es sich dann meist nur um eine auf die obersten Schichten beschränkte Entzündung der Schleimhaut.

Die Beobachtungen, die ich hier mittheile, sind das Ergebniss eines sorgfältigen Studiums von über 75 Fällen von Urethritis, und das Bild, das ich hier von der gonorrhoischen Erkrankung des Urogenitaltractes gebe, ist das des typischen Verlaufes dieses Leidens. Kommt ein Patient zu mir, so nehme ich zunächst eine möglichst vollständige Anamnese auf, mit specieller Berücksichtigung des Punktes, wie lange die Infection schon besteht. Zweitens vergewissere ich mich ob die Pars posterior oder Partien hinter dem Schliessmuskel von der Infection ergriffen sind oder noch nicht. Drittens ist es wichtig zu wissen, ob es sich um eine Erstinfection handelt. Eine microscopische Untersuchung des Secretes giebt nun Aufschluss über das eventuelle Vorhandensein von Gonococcen und deren Beschaffenheit. Mit Hilfe der Anamnese und des Befundes constatire ich, ob es sich um eine frische Infection handelt. Wie ich noch später zeigen werde, kommen die Mehrzahl der Patienten in der Ueberzeugung eine acute gonorrhoische Infection zu haben, und doch stellt es sich

bei der Untersuchung heraus, dass es sich um eine alte Infection handelt, die nur wieder durch einen sexuellen oder alkoholischen Excess acut geworden war. In diesen Fällen finden wir bei genauer Untersuchung, dass in Falten, Crypten oder Drüsenausführungsgängen schlummernde Keime wieder zu neuem Leben erwacht sind und eine Reinfection der ganzen Urethra veranlassten. Von diesen Patienten hören wir gewöhnlich die Bemerkung: „Ich hole mir jedesmal eine gonorrhoische Infection, so oft ich mit einem weiblichen Wesen zu thun habe." Hier handelt es sich einfach um nicht ausgeheilte Fälle, die gelegentlich einer Reizung und Blutüberfüllung der Gewebe wieder acut und infectiös werden. Sehen wir einen Patienten, dessen Anamnese die Möglichkeit einer vor Kurzem geholten Ansteckung ergiebt, mit einem reichlichen, eitrigen Ausfluss, mit einer hellrothen Schleimhaut im vordersten Theil der Urethra, dann können wir wohl mit grosser Wahrscheinlichkeit eine acute Infection annehmen. Man macht nun eine microscopische Untersuchung des Secretes und notirt sich, ob man Gonococcen reichlich oder spärlich gefunden. Für diese Fälle gestaltet sich die Behandlung folgendermaassen:

Zunächst wird die Urethra mit lauwarmem Wasser sorgfältig ausgewaschen und dann eines der verschiedenen gonococcentödtenden Präparate eingeführt. Alle diese Stoffe sind in frisch bereiteten Lösungen einer bestimmten Concentration zu benützen. Argonin ist nur in heissem Wasser, die übrigen unten angeführten Substanzen auch in kaltem Wasser löslich. Die folgende Tabelle zeigt in welchem Procentgehalte ich die modernen Präparate verwende:

Argonin	4% bis 8% wässerige Lösung.
Protargol	5% wässerige Lösung.
Mercurol	2% wässerige Lösung.
Crede's Silber	1% wässerige Lösung.

Argonin und Protargol sind stark antiseptische Silbersalze, welche nicht so irritirend wirken, wie Silbernitrat. Mercurol ist ein Quecksilbesalz, ebenfalls ein kräftiges Antisepticum. Ihm wird besonders eine gute Tiefenwirkung zugeschrieben, da es Eiweiss nicht coagulirt.

Von der jeweilig zur Verwendung kommenden Lösung muss behutsam mittels einer 100 ccm fassenden Hartgummispritze, die einen stumpfen Ansatz trägt, so viel in the die Urethra eingebracht werden, dass die pars anterior von ihr erfüllt ist. Durch

Zudrücken der Harnröhrenmündung mit den Fingern, wird ein Ausfliessen des Medicamentes verhindert. Ein Einpressen der Lösung hinter den Schliessmuskel muss sorgfältig vermieden werden. Nach 5 Minuten gestattet man dem Medicament wieder auszufliessen und wird nun der Kanal mit 4 Liter einer 1:1000 Lösung von hypermangansaurem Kali, welche auf 120° Fahrenheit erwärmt ist, ausgewaschen. Diese befindet sich in einem Irrigator, der ungefähr 2 Meter hoch aufgehängt ist, so dass der Druck genügend gross ist, die Urethra zu entfalten, doch nicht so gross, dass er den Widerstand des Sphincter überwinden würde. Die Urethra wird angefüllt, dann der Flüssigkeit gestattet, wieder auszurinnen. Diese Anfüllung der Urethra wird nun so lange wiederholt bis der Irrigator entleert ist. Der dabei zur Verwendung kommende Irrigatoraussatz muss stumpf sein, um jede Verletzung der empfindlichen Mucosa zu vermeiden. Ein Bespritzen des die Irrigation Verabfolgenden durch das zurückfliessende Medicament wird verhindert durch eine den Ansatz umgebende Schale. Diese Permanganatlösung wird von Tag zu Tag concentrirter verwendet, so dass man schliesslich eine Concentration von 1:500 erreicht. Jeden zweiten Tag sind wieder microscopische Untersuchungen zu machen und eventuelle Aenderungen in der Reichlichkeit der Gonococcen zu notiren. In der Serie von Fällen, von denen ich mir Aufzeichnungen machte, wurde eine vollständige Vernichtung der Gonococcen in 6 bis 10 Tagen erzielt. Werden Gonococcen nun nicht mehr nachgewiesen, so werden die Silber oder Mercurrollösungen nicht weiter verwendet, sondern blos die Permanganatlösung und zwar in steigernder Concentration entsprechend dem jeweiligen Zustande des Falles. Wenn irgend möglich, ist dieses combinirte Verfahren im Anfange zweimal täglich zu gebrauchen (doch ist auch mit einmaliger Application pro Tag Erfolg zu erwarten) und so lange fortzusetzen, bis die Gonococcen verschwunden sind. Im Durchschnitte sind solche Fälle dann in 2 Wochen geheilt, manchmal erst in 3 Wochen.

In Bezug zur internen Medication ist vor allem anzustreben, dass die irritirenden Eigenschaften des Urins nach Möglichkeit verringert werden. Dies wird erstens durch Verdünnung und Alkalisirung des Urins bewirkt und zweitens dadurch, dass wir ihn aseptisch und antiseptisch machen. Der ersten Indication genügen wir durch Verabreichung von alkalischen Salzen und durch reichlichen Wassergenuss, besonders Lithiawasser. Des

ferneren verordnen wir Diuretica, Triticum repens, Saw Palmetto oder Santalöl. Eine Sterilisirung des Harnes erzielen wir durch Cystogen, das dem Harn auch antiseptische Eigenschaften giebt. Cystogen ist eine Verbindung von Formaldehyd mit Ammonium und wird wohl am besten in folgender Form gegeben:

R Cystogen. 0,3
Ol. Santal. 0,6
D. tal. dos. ad Capsul. No. XXX.
Sig. Eine Capsel alle 4 Stunden.

Meine Erfahrung geht dahin, dass bei der Verabreichung von Cystogen in obiger Form sich im leicht sauren Harne ein genügender Gehalt an Formaldehyd findet, um ihn antiseptisch zu machen und ihm die Fähigkeit zu geben, Harnstoff zu lösen. Auch die Lösung von Phosphaten und Oxalaten wird begünstigt, welche meist als reizende Substanzen anzusehen sind. Ich setze diese interne Medication während der ganzen Behandlung fort, da sie jedenfalls die Entzündungserscheinungen mildert, das Gebiet der fortschreitenden Infection einschränkt und auch einer Reinfection vorbeugt. Wenn eine Gonorrhoe vernachlässigt wird, die Entzündung ruhig fortschreiten kann, wenn schliesslich auch die Pars posterior von ihr ergriffen wird, sei es durch das selbstständige Weiterkriechen der Infection oder in Folge unzweckmässigen Gebrauches der Sonde, oder Einpressen des Secretes gelegentlich der Injectionen, dann etablirt sich die Krankheit in den vielen kleinen Kanälen, Drüsen etc. und finden die Gonococcen ihre guten Schlupfwinkel in Falten und Drüsenausführungsgängen. Wir haben es dann mit einer sogenannten Gonorrhoea posterior zu thun. Diese Form ist schon schwieriger zu behandeln. Hat der Eiter einmal die Pars prostatica der Harnröhre erreicht, dann dringt er bald in die Prostatasubstanz selbst ein und veranlasst die Bildung von kleineren und grösseren Eitersäcken in der Tiefe. Dieses Stadium der Erkrankung kann durch folgende Probe erkannt werden:

Der Arzt nimmt 3 Uringläser. Zunächst lässt er den Patienten eine kleine Quantität Harn in das erste Glas netleeren. Man wird darin die langen, schmalen Fäden schwimmen sehen, gebildet aus Eiter und Schleim, von deutschen Autoren „Tripperfäden" genannt. Sie werden vom Harne einfach herausgespült und sind ein Zeichen, dass in der Pars anterior eine chronische Entzündung noch besteht. Nun hat der Patient eine zweite Portion Harn in ein zweites Glas zu entleeren. Diese wird ziemlich

klar sein, wenn der Patient nicht eine Cystitis oder Urethritis posterior hat. Bevor der Patient nun eine dritte Portion in das dritte Glas entleert, presst der Arzt mittels des in den Anus eingeführten Zeigefingers, während sich der Kranke über einen Stuhl beugt, dessen Prostrata aus. Die im dritten Glase aufgefangene Partie des Harnes wird dann Aufschluss geben über die Eitersecretion und den gonorrhoischen Process im Bereiche der Prostata. Sollten die Samenbläschen afficirt sein, so können wir sie ebenso vom Rectum aus mittels Druck entleeren. Bei der microscopischen Untersuchung des Centrifugensediments finden wir dann Eiterzellen, Spermatozoen, Schleimklümpchen und Phosphate. Dr. B r y s o n machte mich auf ein interessantes Moment aufmerksam, welches die Diagnose einer Entzündung der Samenbläschen ermöglicht. Sind nämlich Eiterzellen in denselben vorhanden, so stecken die Spermatozoen mit ihren Köpfen in diesen Zellen.

Ferner giebt es eine gonorrhoische Cystitis, entstanden durch das spontane Weiterwandern der Infection oder häufiger durch eine unzweckmässige Behandlung. Mit ihr will ich mich aber in dieser Arbeit nicht weiter beschäftigen.

Ist die gonorrhoische Erkrankung chronisch geworden, und finden sich die Gonococcen nicht nur in den Kanälchen und Drüsen, sondern auch manchmal bis ins submucöse Bindegewebe vorgedrungen, dann ist es natürlich unsere erste Pflicht, diese Drüsen und Ausführungskanäle vom Eiter zu befreien, bevor wir unsere antiseptischen Lösungen appliciren, und um alle diese Schlupfwinkel sicher keimfrei zu machen, müssen wir die Lösungen in sie hineinpressen. In der Pars pendula entleeren wir die Drüsen am besten ihres Inhaltes durch Dilitation. Wir behandeln chronische Urethritis anterior mit allmähliger Ausdehnung der Harnröhre mittels der geraden Dilatatoren nach O b e r l ä n d e r, die mit einem dünnen, ausgekochten Gummiüberzuge bedeckt sind. Zum Schlüpfrigmachen der Stifte verwende ich statt Vaseline, carbolisirtes Glycerin. Bei jeder Sitzung wird die Dilatation gesteigert, bis schliesslich die Urethra genügend weit ist. Im Anschlusse an die Einführung des Bougies wird die antiseptische Lösung injicirt und zurückbelassen, genau wie bei Fällen im acuten Stadium. Ebenso wird hierauf die Irrigation mit der Permanaganatlösung ausgeführt. Wieder ist zu vermeiden, dass die Flüssigkeit den Eiter in die eventuell noch gesunde Pars posterior treibt, doch muss andererseits der Druck gross genug

sein, um die Lösung in jede Nische einzupressen. Bei jenen Fällen, in denen die Pars prostatica und die Prostata selbst afficirt sind, benützt man statt der geraden, besser die gekrümmten Oberländer'schen Dilatatoren, ebenfalls mit den Gummiüberzügen. Bevor man einen Fall von Prostata gonorrhoe local behandelt, muss der Eiter aus der Drüse sorgfältig vom Rectum aus ausgedrückt werden. Hierauf urinirt der Patient und spült so alle Secrete heraus. Dann wird die Urethra vorsichtig gereinigt, irrigirt und schliesslich mit Hilfe einer langen Urethralspritze eine der oben angegebenen Silber- oder Mercurollösungen direct in die Pars prostatica injicirt. In diesen Fällen ist oft der Blasenhals in die Erkrankung miteinbezogen und eine Spülung desselben nothwendig. Diese, sowie eine Anfüllung der Blase mit der irrigirenden Flüssigkeit kann nun einfach erreicht werden, indem man den Irrigator entsprechend höher aufhängt und den Patienten beauftragt, die Schliessmuskeln zu relaxiren. Dies thut er, indem er ein wenig presst, als ob er Harn lassen wollte. Der Patient lernt es bald, und bietet diese Methode der Blasenausspülung viele Vortheile vor jeder anderen, ganz besonders da wir mit ihr jede Einführung von Instrumenten vermeiden. Im Momente, wo der Patient die Dehnung der Blase unangenehm empfindet, wird der Irrigtatoransatz von der Harnröhrenmündung entfernt und die Blase wieder entleert. Diese Procedur wird so oft wiederholt, als sie nothwendig erscheint, gewöhnlich 4 bis 5 Mal.

Es ist klar, dass die Behandlung chronischer Fälle bedeutend mehr Zeit und Sorgfalt in Anspruch nimmt als die acuter Erkrankungen. Werden diese Manipulationen systematisch und exact ausgeführt, so bleibt der gute Erfolg wohl nur ganz selten aus. Manche Fälle verlangen kleine Aenderungen in der Behandlungsmethode, doch bin ich auf diese hier in meinen Ausführungen nicht eingegangen, da sie mehr dazu bestimmt sind, ein Bild der Methode zu geben, wie ich sie gewöhnlich anwende. Ich gebe in chronischen wie in acuten Fällen alkalische Mineralwässer, Diuretica und Cystogen, als internes Antisepticum. Die Diät der Kranken muss so geregelt werden, dass ein Blutandrang zum Genito urinal tract, eine Vermehrung der Acidität des Harnes, überhaupt alles vermieden wird, was den Harn die Schleimhäute stärker irritirend machen würde. Kohlensäurehältige Wasser sind nicht zu empfehlen, sie vermehren die Acidität des Urins.

Diese meine Ausführungen über die Diagnose und die Behandlung der Gonorrhoe enthalten vielleicht manchen Wink, der dem allgemeine Praxis ausübenden Arzt von Nutzen sein wird, bezwecken aber vor Allem, Specialisten zu veranlassen, ihre Fälle genau zu registriren und ihre Ergebnisse zu publiciren. So allein können wir zu präcisen Ansichten über die Behandlung der Gonorrhoe gelangen.

315 Centruy Building, St. Louis, Mo.

Editorielles.

Ausländische ärztliche Schwindeldiplome.— Ein Mittel gegen ungesunde Ehen.— Etwas über den aufrechten Gang des Menschen.

In seiner Nummer vom 1. December publicirt das Journal of the American Medical Association eine Zuschrift des Vereinigten Staaten Consuls in Coburg, des Herrn Oliver J. D. Hughes, M.D., in welcher derselbe die neue Promotionsordnung für Mediciner für das Deutsche Reich vom 1. October dieses Jahres mittheilt. In demselben Schreiben macht der genannte Consul zur Verhütung der Registrirung deutscher Schwindeldiplome den verschiedenen State Medical Societies in den Vereinigten Staaten den Vorschlag, nur solche deutsche Doctordiplome anzuerkennen, die mit einer Beglaubigung desjenigen Vereinigten Staaten Consuls versehen sind, in dessen Consularbezirk die Promotion stattgefunden hatte. Gegen einen derartigen Vorschlag als solchen ist billigerweise Nichts einzuwenden, wenn wir auch nicht glauben, dass, wie das Journal of the American Medical Association in einem Commentar zu diesem Schreiben meint, so überaus viele auswärtige Aerzte mit erschwindelten Diplomen in den Vereinigten Staaten practiciren. Sollte dieses Letztere in Wirklichkeit doch der Fall sein, so ist den hiesigen State Medical Societies eine Abwehr gegen die „foreign quacks" um so weniger zu verargen, als diese Gesellschaften mit den einheimischen Quacks bis jetzt mehr wie genug zu thun haben. Im Uebrigen haben seit längerer Zeit schon die meisten Staaten gegen die Ausübung der Praxis von Seiten unqualificirter Ausländer sich in der Weise zu schützen versucht, dass dieselben sich dem sogenannten Licenseexamen zu unterwerfen haben. Eine Befolgung des Dr. Hughes'schen Vorschlages würde diesen in vielen Staaten schon bestehenden Schutz nur noch erhöhen, und dagegen lässt sich, wie oben schon erwähnt, kein Einwand erheben.

Anders verhält es sich aber damit, dass der Herr Consul seinen Vorschlag dadurch zu motiviren versucht, dass nicht einzusehen sei, warum die hiesigen State Medical Boards jedes deutsche Diplom acceptiren sollen, während doch die amerikanischen Diplome in Deutschland nicht anerkannt würden. Dr. Hughes sollte doch als in Deutschland wohnender Consul wissen, dass das gesammte Unterrichtswesen in Deutschland einheitlich geregelt ist und dass insbesondere die deutschen Universitäten sammt und sonders auf einer in der ganzen wissenschaftlichen Welt anerkannt hohen Stufe stehen, er sollte ferner als in Amerika erzogener Arzt wissen, dass diese Verhältnisse hier in Amerika nichts weniger als die gleich günstigen sind, dass vielmehr hier eine ganze Reihe von Staaten nicht einmal alle amerikanischen Diplome als gleichwerthig anerkennt. Wenn aber gar des Weiteren sich der Herr Consul dahin ausspricht, dass Medicin und Chirurgie heutzutage in Amerika auf einer höheren Stufe ständen als in Deutschland — „medicine and surgery stand to-day on a higher plane in America than here" — so spricht er ein grosses Wort gelassen aus und verräth dadurch zwar grossen Localpatriotismus, aber auch sehr wenig Sachkenntniss und Verständniss für die Verhältnisse des Landes, in dem er seinen Consularsitz hat. Allen Respect vor einer grossen Anzahl der hiesigen medicinischen Colleges und Institutes und vor den aus diesen hervorgegangenen Aerzten! Daraus aber ableiten zu wollen, dass die Medicin hier in den Vereinigten Staaten oder gar in ganz Amerika — ob er auch Südamerika mit einschliesst, präcisirt Dr. Hughes nicht näher — auf einer höheren Stufe stände, wie in Deutschland, ist doch ein wenig stark. Es hiesse dem Herrn Consul zu viel Ehre anzuthun, wenn wir uns die Mühe geben wollten, seine vage Behauptung an dieser Stelle ernstlich zu widerlegen. Wie erklärt er sich aber wohl die Thatsache, dass alljährlich Hunderte von amerikanischen Aerzten zur Vervollkommnung ihrer Studien deutsche Universitäten aufsuchen und später zeitlebens stolz sind auf die Zeit, die sie an denselben zugebracht, und auf das Wissen, dass sie sich daselbst erworben haben? Hoffentlich versteht Dr. Hughes — der übrigens auch mehr Politiker als Mediciner zu sein scheint, denn woher käme sonst seine Ernennung zum Consul — mehr von den übrigen Verhältnissen Deutschlands, wie von der deutschen Medicin, denn sonst wäre es wahrhaftig um sein Amt traurig bestellt.

Unter der Rubrik Hygiène publique macht die Gazette Médicale de Paris auf den Umstand aufmerksam, dass durch Gesetz und Sitte viele Eheschliessungen für erlaubt gelten, die wegen der daraus resultirenden jammervollen Nachkommenschaft besser verboten würden. In diese Kategorie gehören insbesondere die Ehen mit Tuberculösen, mit den Angehörigen gewisser Arbeiterklassen, wie den Bleiarbeitern, und den Alcoholikern. Tuberculöse, die eine Ehe eingehen, begehen

ein sociales Verbrechen, indem sie eine elende, rachitische Nachkommenschaft hervorrufen, die der menschlichen Gesellschaft nicht nur nichts nützt, sondern ihr vielmehr noch zur Last fällt. Bezüglich der Bleiarbeiter wurde festgestellt, dass bei 141 Schwangerschaften, die durch Bleiarbeiter bewirkt wurden, 82 Fälle von Abortus, 4 Frühgeburten, 5 Todtgeburten vorkamen und nur 50 Kinder lebend geboren wurden, dass jedoch von den letzteren wiederum 20 vor Ablauf eines Jahres, 15 vor Ablauf des dritten Jahres starben und nur 4 das dritte Jahr überlebten. Die Nachkommenschaft der Alcoholiker besteht aus Microcephalen, Idioten, Epileptikern, aus neuropathischen, degenerirten, an Körper und Geist geschwächten Individuen, die nur zum Schaden der Gesellschaft ihre Existenz führen. Wie können nun derartige Schäden verhütet werden? Nach Ansicht der Gazette Médicale führt hier offenbar das Institut der Ehe nicht zum Ziel, da gerade die missgestaltetsten und wenigst gesunden Personen am meisten die Neigung haben, sich zu verheirathen und sich zu vermehren, und da ferner heutzutage die Mitgift der ausschlaggebende Factor bei den Eheschliessungen ist. Man schaffe vielmehr die Ehe, in der Form, wie sie jetzt besteht, ab und setze an ihre Stelle die freie Liebe und man wird nur mehr Tuberculöse mit Tuberculösen, Alcoholiker mit Alcoholikern, also Personen, die keine lebensfähige Kinder haben werden, sich vereinigen sehen, oder aber nur Personen mit tadelloser Gesundheit.

Wir können uns betreffs dieses Verbesserungsvorschlags mit unserer Pariser Collegin nicht einverstanden erklären. Denn abgesehen von den anderweitigen socialen Schäden, die die freie Liebe im Gefolge haben würde, auf die jedoch hier nicht näher eingegangen werden soll, ist wohl kaum zu erwarten, dass auf diese Weise eine Art idealer Zuchtwahl für das Menschengeschlecht in das Leben gerufen werden würde, dass nur mehr geistig und körperlich vollkommen gesunde Personen zur geschlechtlichen Vereinigung schreiten würden, oder aber beiderseitig kranke und belastete Individuen, deren Nachkommenschaft auf diese Weise allmählich zum Aussterben käme. Es ist dagegen zu erwarten, dass auch bei der freien Liebe die Vereinigung von der gegenseitigen Neigung, bei deren Zustandekommen jedoch noch andere Factoren wie nur gesundheitliche thätig sind, abhängig ist, und dass ferner auch bei der freien Liebe das Geld seinen Einfluss nicht verlieren würde.

Dass die Frage betreffs der Verhütung derartiger Eheschliessungen in der That in der letzten Zeit eine brennende geworden ist, geht auch daraus hervor, dass man hier in den Vereinigten Staaten verschiedentlich den Versuch gemacht hat, auf dem Wege der Gesetzgebung einzugreifen. So entstand die Parker Bill in Ohio, die jedoch von der Legislatur nicht angenommen wurde, und die ziemlich conform mit ihr lautende Creed Bill in North Dakota, die am 25. Februar 1899 Ge-

setzeskraft erhielt. Unter diesem Gesetz wird keine Heirathslicenz gewährt, wenn die Applicanten nicht das Zeugniss einer ärztlichen Untersuchungscommission vorweisen können, dass sie frei von ansteckenden venerischen Krankheiten, Epilepsie, chronischem Alcoholismus, hereditären Geisteskrankheiten und Tuberculose sind. Wenn auch zugegeben werden muss, dass dem Staat und der Gesetzgebung ein Recht über die Regulirung der Eheschliessungen zusteht, dass ferner derartige Rechte vom Staate schon längst ausgeübt werden, vide Verbot der Ehen zwischen Blutsverwandten etc., so dürften doch so tief einschneidende Gesetze, wie sie Parker vorgeschlagen und Creed in North Dakota zur Annahme gebracht hat, doch weit über das Ziel hinausschiessen. Denn abgesehen von der besonders für den weiblichen Theil der Heirathscandidaten höchst peinlichen Untersuchung durch eine Commission von Aerzten lässt sich der geschlechtliche Verkehr und die etwa daraus entsprossende Nachkommenschaft nicht lediglich an die staatlich erlaubte Ehe binden, und es liegt daher nahe, dass diejenigen, denen der Eheconsens aus irgend einem der gesetzlichen Punkte verweigert wird, dann einfach ausserehelich mit einander verkehren, was wiederum eine Vermehrung der ausserehelichen Geburten zum Gefolge haben dürfte. Dadurch ist aber auch die Gefahr gegeben, dass die Zahl der Paupers in dem Gemeinwesen zunimmt und somit gerade das Gegentheil von dem eintritt, was durch das Heirathsgesetz erzielt werden soll.

Einen anderen Vorschlag zur Lösung des Problems hat im vorigen Jahr Ochsner*) in Chicago gemacht. Er schlägt vor, bei denjenigen männlichen Individuen, deren Fortpflanzung für das Gemeinwesen nicht erwünscht ist, die Vasa deferentia beiderseits dicht unterhalb des äusseren Leistenrings in einer Länge von etwas weniger wie einen Zoll zu exstirpiren, wodurch diese Personen zwar steril werden, aber nicht die Potentia coeundi verlieren würden. Ochsner möchte das Verfahren angewandt wissen bei von väterlicher Seite aus hereditären Verbrechern, chronischen Trinkern, Schwachsinnigen, bei perversen Individuen und bei Paupers. In ähnlicher Weise wird das Verfahren von Spinelli**) in Turin empfohlen. Dieser schlägt vor, den weiblichen Theil steril zu machen und zwar durch Unterbindung der beiderseitigen Tuben, wodurch die Verbindung zwischen Uterus und Ovarien aufgehoben wird. Eine zwangsweise Durchführung beider Vorschläge auf dem Wege der Gesetzgebung ist undurchführbar und würde auch vollkommen verwerflich sein. Niemand kann gesetzlich gezwungen werden, eine verstümmelnde Operation an sich aus-

*) Journ. of Am. Med. Association, 22. April 1899.

**) Arch. ital. di ginecologie, 31. October 1898, ref. New York Med. Journ. 28. Januar 1899.

führen zu lassen. Eine derartige Einrichtung ginge noch über die Barbarei des Mittelalters hinaus, und dann wäre es überhaupt besser, gleich zu den Gewohnheiten der alten Spartaner, die schwächlichen Kinder zu beseitigen, zurückzukehren.

Also weder durch Eheverbot, noch durch Einführung der freien Liebe, noch durch operative Maasregeln, lässt sich in dem gewünschten Sinne eine Weltverbesserung und Veredelung des Menschengeschlechtes herbeiführen. Nach unserem Dafürhalten besteht das einzige Mittel, welches einigermaassen Erfolg versprechen dürfte, in dem fortgesetzten Kampf gegen die Tuberculose, Syphilis und Alcoholmissbrauch, sowie in sachgemässer Belehrung des Publicums.

Dass auch in anderer Beziehung das Menschengeschlecht noch sehr unvollkommen ist, erfahren wir von Dr. Beckers in Milwaukee, der in seiner Arbeit*) „Meine Lagerungsbehandlung bei Gestalts-, Lage- und Grösseveränderung des Uterus" des Längeren den Nachweis zu führen sucht, dass der Mensch seit dem Uebergange von der horizontalen zur aufrechten Gangart sich bis jetzt noch nicht vollkommen an die letztere angepasst habe. Wir wollen uns hier nicht weiter auf den Ideengang des Entdeckers dieser menschlichen Unvollkommenheit einlassen, auch nicht auf seine diesbezüglichen Vergleiche mit den Stuten, Kühen, Schafen und Ziegen, bei denen infolge der horizontalen Gangart die Genitalorgane viel günstiger liegen, wie beim aufrechten weiblichen Menschen, uns interessirt hier nur der folgende Ausspruch: „So gross die Zeiträume sein mögen, die seit dem Uebergang der horizontalen zur aufrechten Gangart verstrichen sind — einem Uebergang, womit der entscheidende Schritt zur Menschwerdung der Anthropoiden gethan wurde —: eine vollkommene Anpassung an die aufrechte Gangart ist bis jetzt nicht eingetreten." Das ist nun beim Beginne des 20. Jahrhunderts recht betrübend, und wir werden da unwillkürlich an einen unserer früheren Lehrer erinnert, der, so oft ihn ein Schüler um irgend eine den Lehrgegenstand betreffende Auskunft bat, stets die stereotype Antwort zu geben pflegte: Wenn Sie es jetzt noch nicht gelernt haben, dann lernen Sie es überhaupt nicht mehr. Wenn die Menschen jetzt nach einigen Tausend Jahren noch nicht gelernt haben, sich vollkommen an den aufrechten Gang anzupassen, dann lernen sie es überhaupt nicht mehr. So sollte man wenigstens annehmen. Allein so schlimm ist es doch nicht, denn Beckers spendet, wenn auch nicht der jetzt lebenden Generation, so doch einer späteren einen gewissen beruhigenden Trost, wenn er sagt: „Wir sehen, dass das menschliche Weib in dem Zeitraum, der seit dem Haltungswechsel verstrichen ist — einem Zeitraum, gegen den die uns bekannte geschichtliche Zeit unbedeutend erscheint — nicht vermocht hat, sich den verän-

*) Münchener Med. Wochenschrift. No. 34, 1900

derten Bedingungen völlig anzupassen. Wenn in der Urzeit des aufrechten Menschengeschlechts Senkungsvorgänge häufier gewesen sein sollten, als heute (was sehr wahrscheinlich ist), so ist das Weib besten Falls in dem Uebergangsstadium begriffen, und wenn das Menschengeschlecht nicht bis dahin zu Grunde geht, mag in unabsehbarer ferner Zukunft einmal eine völlige Anpassung eintreten." Also nur Muth! Vielleicht kommt auch in Bälde ein anderer Forscher und räth wenigstens dem weiblichen Geschlecht, bis die von Beckers in Aussicht gestellte Vervollkommnung eingetreten ist, zum Schutze seiner Genitalien einstweilen wieder auf allen Vieren zu gehen.

Referate und Kritiken.

Würzburger Abhandlungen aus dem Gesammtgebiet der practischen Medicin. Herausgegeben von Docent Dr. Joh. Müller und Prof. Dr. Otto Seifert. A. Stuber's Verlag (C. Kahitzsch). Würzburg 1900. I. Band. 1. Heft. *Die Nebenwirkungen der modernen Arzneimittel.* Von Prof. Dr. Otto Seifert. 1. Band. 2. Heft. *Die Gallensteinkrankheit und ihre Behandlung.* Von Docent Dr. Johannes Müller.

In A. Stuber's Verlag in Würzburg beginnen zu erscheinen „Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medicin," und gereicht es uns zum besonderen Vergnügen, unsere Leser auf dieselben aufmerksam machen zu können. Die Würzburger Abhandlungen wollen den practischen Arzt in kürzeren Aufsätzen, die bei knapper Form doch möglichste Vollständigkeit bieten, über den gegenwärtigen Stand practisch wichtiger Fragen unterrichten. Sie wollen ein Rathgeber sein namentlich auf jenen Gebieten, die in den letzten Jahren grössere Umwälzungen erlebten und auf welchen neue theoretische Anschauungen und erfolgreiche neue Behandlungsmethoden sich eingebürgert haben. Wie aus den bereits angekündigten 44 Abhandlungen hervorgeht, haben eine ganze Anzahl der hervorragendsten deutschen Aerzte ihre Kräfte und Mithülfe dem neuen Unternehmen zugesagt, so dass man von demselben die besten Leistungen erwarten darf. Die Ausstattung seitens der Verlagshandlung darf als eine ganz vorzügliche bezeichnet werden. Jährlich erscheinen 12 Hefte @ 1½ bis 2 Druckbogen stark, 12 Hefte bilden einen Band im Umfange von ca. 20 Druckbogen. Die einzelnen Abhandlungen sind auch im Einzelnverkauf zu haben. Bis jetzt liegen die beiden ersten Hefte vor.

Ueber die Nebenwirkungen der modernen Arzneimittel. So hat Seifert die erste der Würzburger Abhandlungen betitelt, und dieselbe dürfte für den Practiker bei der grossen Zahl der Arzneimittel, welche uns die moderne Chemie fast täglich bringt, und deren Werth oder Unwerth festzustellen und deren unangenehme Nebenwirkungen zu erkennen, für ihn unmöglich ist, sehr willkommen sein. Verf. bietet uns mit der vorliegenden Abhandlung eine kurze, übersichtliche und für den Practiker hinreichend vollständige Zusammenstellung der werthvolleren modernen Arzneimittel, die besonders auf die Nebenwirkungen derselben Rücksicht nimmt.

Das 2. Heft hat die Gallensteinkrankheit und ihre Behandlung zum Gegenstand, ein Thema, das bei dem actuellen Interesse, das die Gallensteinkrankheit in den letzten Jahren gewonnen hat, von ganz besonderer Wichtigkeit ist. Die kleine Arbeit macht in klarer und sachlicher Weise den Leser mit dem gegenwärtigen Stand unseres Wissens auf dem Gebiet der Gallensteinkrankheit bekannt und giebt ihm besonders Aufschluss auf folgende Fragen: Ist bei dem Patienten eine Operation indicirt oder ist es gerathener, die Mittel der inneren Medicin weiter anzuwenden? Ferner: Welches sind die Chancen einer Operation? Und welche Gefahren läuft der Kranke bei abwartender interner Behandlung. Aetiologie, Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Therapie der Gallensteinkrankheiten haben hier durch Joh. Müller eine ganz vorzügliche Bearbeitung gefunden, die wir jedem practischen Arzte zum Lesen empfehlen möchten und zwar sowohl im Interesse seiner selbst, als auch seiner Patienten.

Kurzgefasstes Lehrbuch der Kinderheilkunde für Aerzte und Studirende. Von Dr. Carl Seitz. Zweite vermehrte und völlig umgearbeitete Auflage. Verlag von S. Karger. Berlin 1901.

Von dem Seitz'schen Lehrbuch der Kinderheilkunde ist schon nach verhältnissmässig kurzer Zeit eine zweite Auflage nothwendig geworden, ein Beweis dafür, dass schon die erste Auflage desselben sich zahlreiche Freunde in der ärztlichen Welt erworben hatte. Noch mehr wird letzteres jedoch mit der vorliegenden Neubearbeitung der Fall sein. Verf. ist bei Abfassung derselben seinem der ersten Auflage zu Grunde gelegten Princip, eine möglichst umfassende, dabei knappe und doch klare Darstellung der Kinderheilkunde zu liefern, vollkommen treu geblieben, wenn auch den Fortschritten auf diesem Gebiete Rechnung getragen und manche Aenderungen vorgenommen werden mussten. Viele Abschnitte wurden erweitert, so vor Allem der Abschnitt über die Physiologie des Kindesalters; völlig neu bearbeitet wurden die Capitel über künstliche Ernährung und die Magendarmkrankheiten im Säuglingsalter. Neu bearbeitet und erheblich erweitert wurden ferner noch die Capitel Diphtherie,

Tuberculose, Syphilis, Rachitis, Blutanomalien; eine wesentliche Vermehrung zeigen endlich die Capitel Scarlatina, Typhus, Cerebrospinalmeningitis, Peritonitis, die Krankheiten der Nase, des Rachens, des Kehlkopfes etc. Neu hinzugekommen sind: Allgemeine Lebensschwäche, Chondrodystrophie, Osteomalacie, Morbus Möller-Barlow, Henoch'sche Purpura, Status lymphaticus, congenitale Pylorusstenose, Fremdkörper in den Luftwegen, Osteomyelitis.

Das Seitz'sche Lehrbuch der Kinderheilkunde kann den Collegen wärmstens empfohlen werden.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

Centralblatt für Chirurgie, 1909, No. 21 mit 27.

1) C. A. Elsberg: *Ein neues und einfaches Verfahren der Catgutsterilisation.*

Das Verfahren des Verf. besteht in Folgendem: Durch Chloroformäther entfettetes Catgut wird fest und in einer einzigen Lage auf kleine Glasrollen gewickelt. Diese Rollen werden in kochendem Wasser 10—30 Minuten lang gekocht (für Chromcatgut wird 1:1000wässerige Chromsäurelösung anstatt Wasser genommen) und wenigstens ½ Minute lang in warmem oder kaltem sterilen Wasser, Carbol- oder Sublimatlösung gründlich ausgewaschen und in Alcohol aufbewahrt. Die Zeit der Sterilisation kann auf 4—10 Minuten abgekürzt werden dadurch, dass man an Stelle des Wassers eine ½procentige Carbollösung nimmt. Verf. glaubt, dass sich diese Methode vor allen anderen durch ihre Einfachheit und Billigkeit auszeichnet, so dass ein Jeder ohne jeglichen complicirten Apparat und ohne Erfahrung rasch und billig steriles Catgut herstellen kann. Als weiteren Vorzug glaubt er auf die Unentzündbarkeit und den hohen Siedepunkt der Lösung hinweisen zu dürfen.

2) R. Kossmann: *Ueber ein neues Verfahren zur Sterilisation der Hände und des Operationsgebietes mittels des Chirols.*

Da es einerseits, wie durch die neueren Untersuchungen erwiesen ist, vollkommen unmöglich ist, die lebende menschliche Haut keimfrei zu machen, andererseits das Operiren mit Gummihandschuhen vielfache Nachtheile mit sich bringt, schien es Verf. der Mühe werth, zu versuchen, ob es nicht gelingen möchte, die gereinigte und getrocknete Hand mit einem Ueberzuge zu versehen, der dieselben Vortheile wie der Gummihandschuh ohne dessen Nachtheile böte. Diese Versuche resultirten in der Her-

stellung des Chirols durch die Firma J. D. Riedel in Berlin. Chirol bildet eine klare, in grösserer Menge gelbliche Flüssigkeit, die eine Auflösung von gewissen Hartharzen und fetten Oelen in einem Gemisch leicht siedender Aether und Alcohole ist. Die Anwendung erfolgt in der Weise, dass die nach einer der üblichen Methoden gereinigte und desinficirte Hand sorgfältig abgetrocknet und wenige Secunden in ein mit dem Chirol gefülltes Becken getaucht wird, wobei man sie mit gespreizten Fingern in der Flüssigkeit bewegt, auch die Finger einige Male krümmt und streckt. Man zieht dann die Hand heraus, lässt sie ein paar Secunden abtropfen, hält sie alsdann sogleich mit den Fingerspitzen aufwärts in bequemer Haltung, etwa in Brusthöhe. Der Ueberzug ist in 2—3 Minuten trocken und hat jede Klebrigkeit verloren. Irgend eine auch nur im geringsten Grade merkbare Beeinträchtigung des Tastgefühles oder der Beweglichkeit ist nicht vorhanden, auch blättert der Ueberzug weder in Schüppchen ab, noch zeigt er selbst unter starker Lupe Risse. Um den Chirolüberzug zu entfernen, genügt eine kurze Waschung mit Spiritus, nach der eine leichte Einfettung mit Coldcream oder dgl. sich empfiehlt.

Fast noch wichtiger, als für die Sterilisirung der Hände des Operateurs selbst, scheint Verf. das Verfahren für die Behandlung der Hände der Assistenz, insbesondere des mit dem Zureichen der Instrumente und Einfädeln beschäftigten Personales, das gar zu leicht schlaff und leichtsinnig wird. Aber auch zur Sterilisirung der Haut des ganzen Operationsfeldes eignet sich das Chirol vortrefflich. Schliesslich weist Verf. noch auf den Schutz hin, den der Chirolüberzug auch gegen Infectionen gewährt, die dem Arzte selbst gefährlich werden könnten. Der Gynäcologe und Dermatologe wird sich dadurch bei seinen Untersuchungen besser als mit Oel oder Vaselin schützen; und auch der Anatom und der pathologische Anatom wird sich zwar nicht gegen die Infection durch schneidende und stechende Instrumente, wohl aber gegen die Infection schon vorhandener Verletzungen und gegen die der Haarbälge besser als durch jedes bekannte Mittel bewahren. Einen besonderen Dienst endlich, glaubt Verf. den Mitmenschen geleistet zu haben, wenn die Hebamme genöthigt würden, sich des Chirols bei ihrer Thätigkeit zu bedienen.

3) H. Hildebrand: *Die kongenitale Hüftgelenksluxation im stereoscopischen Röntgenbilde.*

Bei der Betrachtung eines Röntgenbildes ist, sobald complicirtere Verhältnisse vorliegen, der Phantasie ein weiter Spielraum gelassen, und eine sichere Entscheidung über viele Punkte ist einfach unmöglich. Vor Allem die so wichtige Frage, wo bei einer Luxation der Kopf am Becken steht, ob vor oder hinter der Gelenkpfanne, ferner in welchem Maasse der Schenkelhals

abgebogen ist, lässt sich nach einem einfachen Schattenbilde nicht beantworten. Verf. hat deshalb in der letzten Zeit von einer Reihe von Fällen congenitaler Hüftgelenksluxation stereoscopische Röntgenbilder angefertigt und hat gefunden, dass sich auf diese Weise mit leichter Mühe Bilder herstellen lassen, welche eine vorzügliche Uebersicht über alle Verhältnisse gewähren und eine genaue Beurtheilung des Standes des Schenkelkopfes ermöglichen. Die Herstellung der Bilder geschieht nach einer vom Verf. ausgearbeiteten Methode, die in der Originalarbeit nachzulesen ist.

4) A. Kocher: *Ueber Folgen der Thyreoptosis.*

Es handelte sich um eine 49jährige Patientin, bei der sich in Folge einer Struma intrathoracica rechtsseitige Recurrens- und Sympathicuslähmung eingestellt hatten: Verengerung der Lidspalte, der Pupille, Zurücktreten des Bulbus, leichte Ptosis und Heiserkeit.

5) Vollbrecht: *Vereinfachter Schnürverschluss des Darmes.*

Die Methode des Verf. ist folgende: Das freie Darmende wird von einem Assistenten mit 2 Klemmen fixirt und emporgehalten, um das Ausfliessen von Darminhalt zu verhüten. Alsdann wird der Darm mit einer fortlaufenden, alle Schichten fassenden Seidennaht umsäumt. Die Nadel wird von innen eingestochen und so von innen nach aussen der Darm überwendlings umkreist. Während der Assistent die Klemmen entfernt, schnürt der Operateur den Darm zu und schlingt den Knoten. Verf. geht bei der Ueberwendlingsnaht so vor, dass er die Mucosa leicht vor der Nadel herschiebt, bevor er sie durchsticht. Ferner führt er die Nadel nicht direct quer durch die Darmschichten, sondern schräg, so dass der Stich in der Mucosa höher liegt als in der Serosa. Beim Zusammenschnüren schlüpft die Mucosa zurück, und es legt sich schon jetzt Serosa an Serosa. Die Schnürnaht, bis zur Submucosa reichend, wird dann in der gewöhnlichen Weise angelegt, wobei der Assistent mit einer anatomischen, an den langgebliebenen Fäden der Ueberwendlingsnaht angreifenden Pincette den Darm leicht einstülpt. Die Anlegung einer zweiten Schnürnaht hält V. bei dieser Art des Schnürverschlusses für entbehrlich. Die Methode ist genau genommen nicht anderes als die gewöhnliche Albert'sche Darmnaht, ausgeführt an einem freien Darmende, welches in sich verschlossen wird.

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft von Chicago, Ill.

Sitzung vom 22. Februar 1900 im Hotel Bismarck.

Präsidium: Dr. Herzog.

Gäste: Dr. Toll, Dr. Thienhaus.

Das Protocoll der letzten Versammlung wird verlesen und genehmigt.

1. Dr. Heym: Erkrankungen des Nervensystems nach Diphtherie. (Vortrag wird anderweitig veröffentlicht werden.)

Discussion. Dr. Herzog: Ob die Lähmungen eine ascendirende oder descendirende Neuritis vorstellen, sei nach den Heym'schen Auseinandersetzungen und seinen eigenen Erfahrungen dahin zu entscheiden, dass Beides vorzukommen scheine. Diphtheriebacillen gelangen auch in den allgemeinen Kreislauf. Metastatische Embolien seien erzeugt durch die Verschleppung der Bacillen. Charcot war seines Wissens der erste, welcher behauptete, dass die Lähmungen centraler Natur seien. — Dr. H. Zeitler erwähnt, dass er selbst infolge Diphtherie Herzschwäche bekommen habe. Ruhe, Cognac und Digitalis hätten ihn wieder geheilt. Eine gelegentliche Dosis von Opium beeinflusse jetzt, nach Jahren, auf mehrere Stunden das Herz ungünstig. — Dr. G. Schirmer: Seit Anwendung des Antitoxins begegne man den grösseren Lähmungen häufiger. Die therapeutischen Erfolge von Massage, Electricität, Arsenik seien nicht zufriedenstellend, er habe deshalb das Unguentum Credé angewendet und bessere Resultate erzielt; 2 Unzen in 5—8 Tagen zu verbrauchen. — Dr. Lieberthal drückt seinen Zweifel aus, dass das Silber absorbirt werden kann. — Dr. G. Schirmer: Die Untersuchung bewies die Anwesenheit von Silber im Urin. — Dr. A. Heym: Die Prognose der diphtheritischen Lähmungen sei nicht so sehr schlecht, ein gewisser Procentsatz werde immer geheilt. Die Behandlung dürfe erst beginnen, wenn Stillstand eingetreten sei. Früheres Eingreifen sei verfehlt. Die Electricität sei in Form von nicht zu starken und nicht zu lange dauernden galvanischen Strömen anzuwenden.

2. Discussion über Behandlung des Abdominaltyphus.

Dr. G. Schirmer wendet sich gegen die Milchdiät; sie erzeuge, wenn ausschliessliche Nahrung, Meteorismus und häufige Stühle. Statt dessen seien Gelatinabkochungen, Kalbsfüsse etc. angezeigt. Mit der Milch sei immer Pepsin zu reichen. Bei Blutungen seien Opiate nicht am Platze; besser sei das Einschieben grosser Eisstücke in das Rectum. — Dr. Thienhaus ist

für Milchdiät, weil Milch am meisten antiseptisch wirke. Dem Meteorismus könne abgeholfen werden durch Klystiere und Einführung des Darmrohrs. Blutungen kämen auch bei der besten Diät vor. Eine gemischte Diät sei nicht so schädlich, wie man oft annehme. — Dr. Behrendt spricht zu Gunsten der Milchdiät, die er stets mit bestem Erfolge verordnet habe. Gegen Meteorismus sei Calomel ein gutes Mittel. Die Darreichung von Pepsin könne ihm nicht einleuchten. — Dr. Zeitler: Man müsse vorsichtig sein mit der Diät, z. B. Schwarzbrot solle man erst 3 Wochen nach der Entfieberung erlauben. — Dr. Thienhans: Das Fieber sei besser mit Bädern, als mit Antipyreticis zu bekämpfen. — Dr. Zeitler: Parallelversuche in den Militärspitälern in München hätten ergeben, dass Bäder keinen nennenswerthen Einfluss auf die Verminderung der Sterblichkeitsziffer haben. — Dr. Heym: Nachdem die Ansicht von der Bedeutung des Fiebers eine Wandlung erfahren, ob nun die Kaltwasserbehandlung zur Temperaturerniedrigung oder der Hygiene wegen in Anwendung gezogen werde? — Dr. Herzog: Mässig hohe Temperaturen sind der Leucocytose günstig, die Gefahr liegt in hohem Fieber. — Dr. Memelsdorf beschreibt die Behandlung im Militärhospital in Stettin in den Jahren 1881 und 1882. Bei 39° musste gebadet werden. Diät: Keine Milch. Wassersuppe oder Schleimsuppe. Wein (besonder Ungarwein), 50° im Bade. Keine Medicin. Gegen Blutung: Eisstückchen. Die Mortalität fiel dabei von 10 Procent auf 2 Procent. — Dr. Holinger berichtet einen Todesfall nach Diätfehler. Nahrungsstoffe, welche Cellulose enthalten, müssen ausgeschlossen werden. — Dr. Emil Kunz: Brodstoffe seien in der Reconvalescenz schädlich. Auch Fleisch könne Recidiv verursachen. Was die allgemeine Therapie betrifft, so muss man unbedingt eingreifen bei hohem Fieber. Nach seinen eigenen Beobachtungen zeigte sich bei Kaltwasserbehandlung ein grosser Procentsatz von Pneumonie, Perforationen etc.; auch sträuben sich die Patienten gegen das kalte Bad. Der Vortheil des Bades steht nicht im Verhältniss zu der dadurch hervorgerufenen Aufregung. Locale Eisaufschläge in der Ileocoecalgegend sind von gutem Erfolge. Innerlich Chinin. muriat. in den frühen Nachmittagsstunden. Einmalige grössere Dosis von 10—15 gran (0,6—0,1) innerhalb zwei Stunden. Guter Schlaf für einige Stunden wird dadurch erzielt.

3. Der folgende Brief wird verlesen:

Herrn Dr. Decker, Schriftführer der D. M. G. Chicago. Geehrter Herr College! Durch längeres Leiden geschwächt, fühle ich mich ausser Stande, noch irgend eine Function in unserem Vereine auszuüben. Wollen Sie davon Kenntniss nehmen, dass ich den angekündigten Vortrag in der nächsten Versammlung zu halten mich leider ausser Stande fühle? — Ich haltes es für das Beste, mein Amt als Vorsitzender schon jetzt niederzu-

legen, was mich nicht hindern soll, periodisch zu erscheinen, falls ich es vermag.

Da Ruhe, geistige und körperliche, das einzige ist, was mir in meinem gegenwärtigen Zustande wünschenswerth erscheint, so ersuche ich auch die Collegen, von sonstigen freundlichen Absichten Abstand nehmen zu wollen. Mit collegialischem Gruss,

Hochachtungsvoll

Dr. Edwin Klebs.

Der Schriftführer wird beauftragt, Prof. Klebs mitzutheilen, dass die D. M. G. mit Bedauern die Resignation angenommen und den seitherigen Vorsitzenden zum Ehrenpräsidenten und Ehrenmitgliede ernannt hat.

Die förmliche Mittheilung dieser Ernennung soll bei dem zu Ehren von Prof. Klebs am 1. März stattfindenden Festmahle geschehen. Bei dieser Gelegenheit solle eine künstlerisch ausgeführte Adresse überreicht werden, welche folgenden Wortlaut hat:

Adresse der deutschen medicinischen Gesellschaft von Chicago, Ill., an Herrn Prof. Dr. Edwin Klebs, überreicht am 1. März 1900.

Hochgeehrter Herr Professor!

Als einen uns allen Wohlbekannten begrüssten wir Sie bei Ihrer Ankunft in Chicago, und die Freude, den berühmten Förderer medicinischer Wissenschaft in unserer Mitte zu haben, war eine aufrichtige. Ihrem selbstlosen Eifer um die Hebung des ärztlichen Standes gelang die früher als unmöglich erscheinende That: Eine grosse Zahl der deutschen Aerzte Chicagos in der deutschen medicinischen Gesellschaft zu ernster, wissenschaftlicher Arbeit und wohlthuender Geselligkeit zu sammeln.

In begeisternder Jugendfrische wirkten Sie unter uns als unermüdlicher in stetem Schaffensdrange und dem Streben nach der Erkenntniss der Wahrheit beseelter Naturforscher. Ihr Interesse, niemals beschränkt durch enggezogene specialistische Grenzen, umfasste die ganze Medicin, die Sie ja stets als einen Theil und im genetischen Zusammenhange mit der gesammten Naturforschung zum Besten der reinen Wissenschaft wie zum Wohle der leidenden Menschheit zu befruchten trachteten.

Durch das glänzende Beispiel, das Sie uns hier in unserem derzeitigen Wirkungskreise gegeben haben und das auf fruchtbaren Boden gefallen ist, haben Sie sich um die Wissenschaft im Allgemeinen und um unseren Kreis im Besonderen dauernde Verdienste erworben.

Durch Ihren Weggang ist eine grosse Lücke in unsere Reihen gerissen und die Hoffnung, ein Bollwerk unabhängiger Forschung und eine Heimstätte für die vielen in Nordamerika

versprengten deutschen Aerzte zu gründen, ist in weite Ferne gerückt.

Ihrer wärmsten Theilnahme an unseren weiteren Bestrebungen sind wir gewiss, auch nach Ihrer Rückkehr in die alte Heimath wird unsere Verbindung nicht gelöst werden.

Als Zeichen unserer Dankbarkeit und Verehrung verleihen wir Ihnen als erstem die höchste Auszeichnung, die wir geben können, wir ernennen Sie zum

Ehrenmitgliede und Ehrenpräsidenten

der deutschen medicinischen Gesellschaft von Chicago, Ill. Möge es Ihnen vergönnt sein, noch lange, lange Jahre sich derselben geistigen Frische zu erfreuen, der leidenden Menschheit zum Segen und unserem ärztlichen Stande zur Zierde.

Nach einer lebhaften Debatte, im Anschluss an den Bericht des Vergnügungscomités, über Details des Festabends vertagt sich die Versammlung in vorgerückter Stunde.

Sitzung, den 8. März 1900 im Hotel Bismarck.

Präsidium: Dr. G. Schirmer.

Gäste: Dr. Toel, Dr. Pollock, Dr. Arthur J. Behrendt.

Das Protocoll der letzten Versammlung wird verlesen und genehmigt. Im Anschluss hieran zeigt Dr. G. Schirmer Silber im Urin nach Anwendung von Unguentum Credé.

1. Dr. Emil Ries: Demonstration von Steinen.

Dr. Ries demonstrirt 1) einen Ovarialstein, der gelegentlich einer anderen Operation gefunden wurde und als verkalktes Corpus luteum aufzufassen ist. 2) Prostatasteine, welche ihren Ursprung in Verkalkung der Prostatakörperchen, oder auch der papillären Wucherungen haben. 3) Blasensteine und 4) Gallensteine. Der eine wegen Cholelithiasis operirte Pat., bei dem ca. 50 Steine gefunden wurden, ging nach 6 Wochen an Prostata-Abscess zu Grunde; die andere Patientin, bei welcher 4 Steine in der Gallenblase und einer im Ductus cysticus sich fanden, war nach 3 Wochen geheilt und ist gegenwärtig gesund.

Discussion. 1. Ovarialsteine. Dr. Loeb erkundigt sich nach der chemischen Zusammensetzung. — Dr. Ries: Kohlens. Kalk; phosphors. Kalk und Magnesia.

2. Prostatasteine. Dr. Scholek wünscht Aufklärung, wie Steine in der Prostata entstehen, da ihm die Annahme der Verkalkung der Prostatakörperchen etwas fernliegend vor-

kommt. — Dr. Ries: In den Prostatadrüsen finden sich sehr häufig Kerne amyloider Natur und diese hyaline Substanz ist sehr geneigt, Kalk aufzunehmen; überall in der Prostata zu finden, ausser im Sinus prostaticus.

3. Blasensteine. Dr. Doepfner: Ahlfeld, ein russischer Arzt hat 700 Fälle operirt und zieht die Operation per vaginam vor. — Dr. G. Schirmer fragt, aus welchen Gründen Dr. Ries die Naht noch anlegt, wenn er per vaginam operirt. — Dr. Ries hält es entschieden für einen Vortheil, die Blase zu nähen, obwohl er weiss, dass die Incision oft auch ohne Naht heilen kann.

2. Discussion über die Diagnose des Abdominaltyphus.

Dr. Herzog: Die Diazo-Reaction ist werthvoll, aber die ursprüngliche nach Ehrlich, nicht die sog. Verbesserungen. Sie ist keine Reaction, die ausschliesslich dem Typhus zukommt, ist aber für den Praktiker vortheilhaft, weil sie sehr frühe, häufig schon am 3. Tage erscheint. Sie verschwindet in der Regel in der 3. Woche und ihr Wiedereintritt zeigt Recidiv an. Die Widal'sche, obwohl für den Arzt nicht gut ausführbar, ist, was Sicherheit betrifft, vorzuziehen. — Dr. G. Schirmer: Die Diazo-Reaction ist sehr werthvoll am Krankenbette. — Dr. Doepfner: Beide Reactionen sind nicht eindeutig. Die Diazo-Reaction wird auch bei Miliartuberculose gefunden, die Widal'sche wurde auch bei anderen Krankheiten gefunden und in Fällen mit dem ausgesprochenen, klinischen Bilde des Typhus gelegentlich vermisst. — Dr. Loeb: Für die Widal'sche Reaction ist richtige Verdünnung sehr nothwendig, um Resultate zu erhalten. — Dr. Ries weist darauf hin, dass in geburtshülflichen Fällen, wo Zweifel zwischen Typhus, Miliartuberculose und Puerperalfieber herrscht, eine Untersuchung des Augenhintergrundes die Diagnose feststellen kann. — Dr. Holinger: Da die ersten Symptome sehr unsichere seien, so müsse der Arzt während der ersten 2 Tage die Temperatur selbst und öfters nehmen. — Dr. Schalek erwähnt einen Fall, der sich durch das Fehlen aller anderen pathognomonischen Symptome auszeichnete und bei dem durch den positiven Widal'schen Test die Diagnose auf Typhus gemacht wurde. — Dr. Decker: Fälle, in denen die Morgenremission weniger ausgesprochen ist, haben Ceteris paribus eine weniger günstige Prognose. — Dr. Bertling hält das Verhalten des Pulses wichtiger für die Prognose, wie die Temperatur. — Dr. Herzog: Man soll sich nie auf eine einzige Probe verlassen. In der Medicin giebt es kein Hülfsmittel, welches in 100 Procent zuverlässig ist. — Dr. G. Schirmer erzählt einen Fall mit ausgesprochen typhösen Symptomen, bei welchem die Untersuchung eine jauchige Flüssigkeit in der Uterushöhle ergab. Nach Entleerung des Uterus

verschwanden alle Symptome. — Dr. Ries berichtet einen Fall, in welchem nach überstandenem Typhus das frühere Körpergewicht von 120 Pfund auf 200 Pfund anstieg.

Schluss der Sitzung.

Sitzung, den 22. März 1900 im Hotel Bismarck.

Präsidium: Dr. Herzog.

Gast: Dr. Koehler.

Candidaten: Dr. G. Toel, Dr. Arthur J. Behrendt.

Das Protocoll der letzten Sitzung wird verlesen und angenommen.

1. Dr. A. Schalek: Die localen Varietäten des Eczems und ihre Behandlung.

Discussion. Dr. Fischkin: Bei Barteczem habe ihm das Rasiren immer geholfen; der Reiz der Haare verursache mehr Schaden, als das Rasiren. Salben werden schlecht vertragen, er wende lieber Puder an; ev. Acid. pyrogallic. in 1proc. Lösung am Tage, Nachts Puder. Beim Kindereczem Pflastermulle, wo es möglich ist; noch besonders zu empfehlen Schwefelsalben in ½—1 proc. Lösung. Beim Händeeczem habe er die Diachylon-Salbe vermisst, welche besser sei, als andere Salben. Beim Eczem des Beines sei Unna's Zinkleim besser als Pick's. — Dr. Lieberthal: Diätetisch-hygienische Massregeln seien sehr wichtig. Vor Arsenik wolle er warnen. Einbandagiren des Kopfes könne nicht im Hause ausgeführt werden. Wir können heutzutage ohne solche Maassnahmen auskommen. Fischleberthran rathsam beim Kindereczem, wo Tuberculose vorhanden. Der Behauptung von der Schädlichkeit des Wassers könne er nicht beipflichten. Man solle das chronische in ein acutes Eczem überführen, welches leichter zu heilen sei. Beim Eczem der Augenlider widerräth er das Epiliren, ist aber für Quecksilbersalbe. Das marginale Eczem sei bis jetzt nicht erwähnt worden, hier sei Chrysarobin empfehlenswerth. Bei Unterschenkelgeschwür gebe Unna's Zinkleim glänzende Resultate, auch feuchte Applicationen seien sehr gut, 3 mal täglich. Nach der Application abtrocknen und Streupulver. Bei Barteczem sei er gegen das Rasiren, wenn Bart getragen würde; kurze Haare irritiren mehr als lange. — Dr. Memelsdorf: Obwohl es weder innerliche noch äusserliche Specifica gebe — Ichthyol, Schwefel und Arsen seien nahezu werthlos — könne Eczem doch mit Erfolg behandelt werden. Beim Barteczem sei er für Rasiren. Bei Eczem der Brustwarze sei oft bestehende oder vorausgegangene Scabies die Ursache und es müsse darauf Rücksicht genommen werden. Bei Eczem des Scrotums sei Salbenbehandlung selten erfolgreich, dagegen Pulvis salicylicus cum talco. Bei Unterschenkel-Eczem beste Resultate bei der Anwendung von Unna's Leim-

verbänden. Theerzusätze seien nur statthaft, wenn kein Secret vorhanden. Nicht erwähnt sei das feuchte acute Eczem, das häufig in trockenes Eczem übergeht und schwer heilbar sei. — Dr. Doepfner erwähnt Fälle, wo bei Behandlung des Eczems der Stillenden mit Bleisalbe die Säuglinge Bleivergiftung bekamen. — Dr. Thienhaus: Eczem nach Anwendung von Antisepticis sei möglich; man müsse das weglassen, was den betr. Pat. reize. Liq. alum. acet. sei werthvoll bei Unterschenkelgeschwüren. — Dr. Schalek ist gegen das Rasiren; die Epilation sei schmerzlos, wenn man nur die kranken Haare ausziehe. Das marginale Eczem habe er deshalb nicht erwähnt, weil es eigentlich kein Eczem sei. Sycosis nach Eczem könne nicht auftreten, ausser durch Infection.

2. Ein Abschiedsschreiben unseres Ehrenpräsidenten wird verlesen und an den Vorstand zur Berathung verwiesen.

3. Dr. Holinger: Mästung und fettige Degeneration.

In der Discussion über Abdominaltyphus wurden folgende Fragen aufgeworfen:

Frage: Dr. Ries. Woher kommt es, dass Patienten abnorm fett werden, oft nach Jahren nachdem sie Typhus durchgemacht haben?

Antwort: Dr. Herzog. Typhus lässt eine Immunität zurück, welche leichtere Infectionen mit Typhusbacillen unmöglich macht. Diese leichteren Infectionen gehen unter dem Bilde des einfachen Magen-Darmcatarrhes, welcher durch sein wiederholtes Auftreten den Fettansatz in Schranken hält. Nach Immunität fallen diese Schranken weg.

Antwort: Dr. Holinger. Wenn überhaupt die Immunität zu Stande kommt, so kommt sie nach leichten Infectionen auch zu Stande, gleichgültig unter welchem Bilde diese Infectionen verlaufen. Mehrere leichte Infectionen müssten dann gradatim bald einen höheren Zustand von Immunität zur Folge haben. Wir müssen deshalb nach einer anderen Erklärung suchen. Vorher müssen aber noch andere Sachen entschieden werden.

1. Frage. Ist das abnorme Fettwerden der Patienten nach Typhus eine regelmässige oder eine häufige oder eine seltene Erscheinung?

2. Frage. Kommt diese Erscheinung ausschliesslich nur nach Typhus vor?

Antwort. Bedeutende Gewichtszunahme nach überstandenem Typhus ist eine regelmässige Erscheinung, aber der abnorme Fettansatz noch nach Jahren dürfte nicht als eine regelmässige Erscheinung, vielleicht nicht einmal als häufiges Vorkommniss betrachtet werden. Es kommt auch vor nach anderen schweren Infectionen, z. B. Puerperalfieber, Pneumonien.

Frage. Es ist eine bekannte Thatsache, dass nach Typhus fettige Degenerationen vorkommen, z. B. im Musc. Rectus abdominis. Bei unserer Frage handelt es sich aber um abnorme Fettansammlung, Mästung. Was ist der Unterschied zwischen Fettdegeneration und Mästung?

Antwort. Beide Befunde beziehen sich auf das Innere der Zelle. Bei fettiger Degeneration sind kleine Fetttröpfchen im Protoplasma, meistens in der Nähe des Kernes. Bei Mästung findet sich ein grosser Fetttropfen, welcher Kern und Protoplasma an die Wand drückt.

Frage. Ist dieser rein morphologische Unterschied immer vorhanden?

Antwort. Nein, denn die höheren Grade von fettiger Degeneration unterscheiden sich nicht von Mästung, z. B. eine Leber bei Phosphorvergiftung sieht aus wie Panniculus, ebenso die Leber einer gemästeten Gans. Ist diese letztere überhaupt eine degenerirte oder eine gemästete Leber?

Frage. Können wir vielleicht einen Unterschied in den Ursachen für beide Processe finden?

Antwort. Auch nicht. Denn Gifte, welche das eine zur Folge haben, bewirken auch das andere, z. B. Phosphor, Arsen, Antimon, Alcohol.

Frage. Liegt der Unterschied in der Provenienz des Fettes?

Antwort. Bei Mästung ist das Fett von aussen eingeführt, bei Degeneration? Soll es etwa aus dem Zellprotoplasma stammen? Ist das wahrscheinlich? Physiologisch-chemisch würde diese Frage lauten: Kann Fett aus Eiweiss entstehen? Rein chemisch betrachtet, ist es sehr unwahrscheinlich, denn das Fett ist im Eiweiss in keiner Weise vorgebildet, der Zerfall des Eiweiss geht in einer ganz anderen Richtung vor sich, Leucin, Tyrosin. Es müssten aber in der lebenden Zelle tiefe Spaltungen des Eiweiss und Synthesen vor sich gehen, wie sie in dieser Complication doch kaum ein Analogon hätten. Aber auch physiologisch-chemisch hat die Annahme, dass Fett aus Eiweiss entstehen kann, einen bedeutenden Stoss erlitten. Bunge in seinem Lehrbuch der physiolog. Chemie, zweite Auflage, 1889, nimmt als Paradigma, zum Beweis, dass Fett aus Eiweiss entsteht, die Phosphorvergiftung des hungernden Hundes. Seither sind aber Versuche gemacht worden (Athanasin, Pflüger's Archiv, LXXIV.), welche beweisen, dass gerade das Fett bei Phosphorvergiftung nicht in der Leber entsteht, sondern dorhin transportirt wird. Wie dem auch sei, das können wir sicher annehmen, wenn es so einfach und allgemein wäre, dass Fett aus Eiweiss entsteht, so würden die Physiologen genügend Beweise dafür haben, und es könnte keine Streitfrage mehr sein. Diese Beweise wären aber geliefert, wenn es eine feststehende Thatsache gebe,

welche beweist, dass das Fett bei fettiger Degeneration wirklich aus der Substanz des Zellkörpers, aus dem Eiweiss des Protoplasma stammt. Also komme ich zum Schluss, dass das Fett auch bei der fettigen Entartung von aussen in die Zelle eingeführt ist, ganz gleich wie das Fett bei Mästung. Also auch was Provenienz des Fettes anlangt ist kein Unterschied. Es besteht eben kein durchgreifender Unterschied zwischen fettiger Entartung und Mästung, oder wo liegt er? Im Gegentheil, beide Processe sind sich so ähnlich, dass sie sogar von denselben Giften herbeigeführt werden, und darin finde ich die Antwort auf unsere erste Hauptfrage. Wenn wir die Wirkung des Typhusgiftes in Parallele mit derjenigen dieser Gifte (P. As. etc.) stellen, so können wir sagen: Die acute fettige Entartung des Musc. Rectus abdominis nach Typhus hätte ihr Analogon in der acuten Phosphorvergiftung, die Mästung, welche sich über Jahre hinaus erstrecken kann, mehr in der protrahirten Wirkung des Alcohols. Das Auftreten von Fett in einer Zelle ist ein Ausdruck von verminderter Vitalität der Zelle, z. B. Panniculus heilt schlecht, bei Knochenbrüchen geht die Heilung vom Knochen, nicht vom Mark aus. Dass der Panniculus an verschiedenen Körperstellen, als Schutzmittel, angehäuft ist, spricht nicht gegen diese Ansicht. Eine übermässige Entwicklung des Panniculus ist unter allen Umständen pathologisch. Was steht also dem Schluss im Wege. Eine grosse Anzahl von schweren Infectionen, wie Typhus, Pneumonie, Puerperalfieber etc. bringen eine schwere Schädigung der Zellfunction zu Stande, welche sich in vielen Fällen darin äussert, dass oft früher, oft erst nach Jahren Fett sich in grösseren oder kleineren Mengen in einzelnen Zellen ablagert.

Dr. A. Decker, Schriftführer.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt Cleveland, Ohio.

Sitzungsbericht vom 4. October 1900.

Vorsitzender: Dr. J. Stotter.

Als neues Mitglied wurde aufgenommen: Herr Dr. Proper.

Vor der Tagesordnung demonstrirte Dr. H. Stotter unter Anwendung von Röntgenstrahlen einen Fall von Schussverletzung im Unterschenkel, sowie einen Fall von reponirter Luxation beider Vorderarmknochen nach hinten. Im ersten Fall wurde der Sitz des Projectils genau festgestellt, während im zweiten Falle die allenfallsige Annahme einer mit der Luxation verbundenen Fractur ausgeschlossen werden konnte.

Dr. Rosenberg berichtet über einen Fall von plötzlich aufgetretenem Lungenödem bei einer Kreissenden mit Herzklappenfehler. Durch künstliche Entbindung (in diesem Falle Wendung mit Extraction), durch Anwendung von Strychnin und Nitroglycerin, gelang es, die bedrohlichen Erscheinungen zu heben. Das Wochenbett verlief ohne Störungen.

Tagesordnung. Dr. Loewenthal: „Ueber die Ursachen der Neurasthenie."

Vortragender bespricht in ausführlicher Weise die verschiedenen Ursachen und erwähnt hauptsächlich die sogenannte nervöse Disposition, die ererbte Schwäche des Nervensystems. Unter Anführung von Autoren, sowie unter Beobachtung von eigenen Fällen beweist er die wichtige Bedeutung des biologischen Gesetzes der Vererbung in Bezug auf die Nervosität, sowie der Nervenkrankheiten überhaupt. Einen weiteren Factor sieht er in der oftmals verfehlten Erziehung der Kinder, wie sie in der modernen Zeit, bei dem schweren Kampf um's Dasein leider eine häufige Erscheinung ist. Auch den frühen Schulbesuch, besonders die Ueberbürdung mit Hausaufgaben, macht Vortragender für das Zustandekommen der Neurasthenie verantwortlich. Erst das vollendete siebente Lebensjahr sei der geeignetste Zeitpunkt, mit dem Schulbesuche anzufangen. Kinder, die später zur Schule gehen, lernen leichter und fassen auch schneller auf. Vortragender geht dann zu den socialen Verhältnissen über und erwähnt den Missbrauch geistiger Getränke, den Missbrauch von Opium, das Uebermaass von Kaffee und Thee, von Tabak, die Ueberreizung der Nerven durch Steigerung der Sinnlichkeit, durch übermässige Ausschweifungen etc. und bespricht zum Schlusse die Behandlung, die eine prophylactische, moralische, diätische, hydropathische und physicalische sein soll.

Discussion. Dr. J. Stotter bemerkt, dass auch das Trauma einen wichtigen Einfluss auf das Zustandekommen einer Neurasthenie resp. Hysterie bilde und erwähnt Fälle von sogenannter traumatischer Neurose.

Sitzungsbericht vom 18. October 1900.

Vorsitzender: Dr. J. Stotter.

Als neue Mitglieder wurden aufgenommen die Herren Dr. Spurney und Dr. Pav.

Tagesordnung. Dr. H. Stotter: „Practische Erfahrungen über Variola."

Vortragender hat als Arzt des hiesigen Pockenhospitals während der zur Zeit herrschenden Epidemie Gelegenheit gehabt, zahlreiche Fälle von Variola zu beobachten. Er bezeichnet die

Fälle mit weniger ausgezeichnetem Symptomencomplex und in 2—3 Wochen günstig verlaufend als Variolois und die mit schweren Symptomen und 3—4 Wochen und darüber dauernden als Variola vera. Die Disposition zu Pocken ist eine allgemeine, die weisse und schwarze Rasse, Kinder, Greise, kurz jedes Lebensalter war in der Anstalt vertreten. Individuen, die Pocken einmal überstanden haben, sind fast ausschliesslich gegen eine nochmalige Erkrankung geschützt. In sehr seltenen Fällen kommt es vor, dass eine Wiedererkrankung milderen Grades nach kurzer Zeit oder mehreren Jahren der überstandenen Krankheit sich einstellt. Dr. St. erwähnt sodann einen Fall diesbezüglicher Natur: Ein Mädchen, 7 Jahre alt, wurde von einem Kinderinstitute in's Pesthaus gesandt mit der Diagnose: „Variolois." Patientin klagte über Kopfschmerzen und Kreuzweh. Temperatur 101° F., Puls 100. Im Gesichte, auf Stirne und Händen einige typische Variolaknötchen zu sehen. Nach 4 Tagen verwandelten sich die meisten Knötchen in Pusteln; 14 Tage nach der Aufnahme, nachdem die Pusteln vertrocknet waren und abfielen und die Knötchen, welche nicht zur Eiterung kamen, rückgängig wurden, ward Patientin bei normaler Temperatur und bestem Wohlbefinden entlassen. Nach 4 Tage erschien jedoch Patientin wieder mit einem Recidiv der früheren Symptomen. Temperatur 100, Puls 100, auf der Stirne und an den Händen wenige blassrothe, etwas erhabene, sich derb anfühlende Punkte, die sich zu Knötchen, dann Pusteln entwickelten und auf dieselbe Weise verliefen, wie bei der ersten Attacke. Neben der frischen Eruption war ganz deutlich die Entfärbung der Haut, verursacht von den früheren Eruptionen, sichtbar. Vortragender beschreibt dann des Näheren die Incubation, die in der Regel 14 Tage dauert, sodann die prodromalen Symptome wie: Kopfschmerzen, Mattigkeit, Appetitlosigkeit, Schüttelfrost, hohes Fieber 104—105° F., Kreuzschmerzen und Erbrechen. Manchmal Delirien. Die Schleimhaut des Rachens und Gaumens erscheint fleckig geröthet, Schlingbeschwerden, Puls stark beschleunigt, Stuhl angehalten, selten Diarrhöen, im Urin findet sich Eiweiss. Am 2.—3. Tage erscheint in manchen Fällen ein Erythem, das als Initialexenthem bezeichnet wird. Vierter Tag. Nachlass der Temperatur. Stadium eruptionis. Unter Empfindung von Stechen, Druck und Schmerz treten kleine, derbe rothe Knötchen auf. Wenn innerhalb des 3.—4. Tages diese Knötchen nicht allzu massenhaft erscheinen und grössere Hautpartien zwischen sich frei lassen, so haben wir es mit einer Variolois zu thun und das Exanthem wird innerhalb der 3. Woche abgelaufen sein. Vermehren sich jedoch die Knötchen mehr und mehr, bis schliesslich ganz kleine Hauttheile frei bleiben, dann haben wir eine Variola vera vor uns. Ihrem Alter nach verwandeln sich die Knötchen zu Bläschen, dieselben werden durch Ansammlung einer serösen Flüssigkeit grösser und zeigen in der Mitte eine kleine Depression (Delle). Mit dem

9.—10. Krankheitstag ist durch Trübung des Inhalts der Bläschen die Acme des Processes erreicht: das sogenannte Stadium suppurationis. Mit der beginnenden Suppuration treten die früheren Symptome, sowie das Fieber wieder auf. Das Gesiht des Kranken ist jetzt aufgetrieben, Augenlider sind ödematös, Nase, Lippen und Ohren geschwollen. Man kann sich die dadurch verursachte Verunstaltung kaum vorstellen, Patient erscheint viel älter. Ein dem Vortragenden persönlich Bekannter kam in diesem Stadium zur Behandlung, und erst nach Verlauf von mehreren Tagen wurde seine Identität festgestellt. Dr. St. erwähnt in diesem Stadium den eigenthümlichen Geruch, der beinahe allein für die Diagnose massgebend ist. Am 12.—13. Tage, und in schweren Fällen etwas später, beginnt das Stadium exsiccationis. Die Pusteln platzen, der Eiter vetrockent, es bilden sich gelbe Krusten, die Haut schwillt aber und wenige Tage später beginnen die Krusten abzustossen unter vollständigem Nachlasse des Fiebers. Ausser diesen typischen Symptomen, beschreibt St. eine Anzahl von Fällen milderer Art, sodann Fälle schwerer Natur, wie die Variola confluens bei einem 31 Jahre alten Mann, bei dem am 3. Tage sich eine reichliche Eruption mit fortwährendem Nachschieben von neuen Knötchen zeigte, die dann eiterten, bis die ganze Haut eine Eiterdecke darstellte. Diese schweren Fälle wurden meistens bei Personen beobachtet, die nie geimpft worden waren. Bei einem jungen, 16 Jahre alten Manne, der vor 2 Jahren mit Erfolg geimpft worden war, traten nach den üblichen Symptomen nur im Gesichte 3 characteristische Knötchen auf, die dann eiterten und in der gewöhnlichen Weise verliefen. Ein Fall von sogenannter Purpura Variola hat St. nicht beobachtet, wie denn im Grossen und Ganzen der Character der Clevelander Epidemie ein milder sei. Vortragender bespricht dann die Diagnose in ausführlicher Weise, von besonderem Werthe sei das Anstechen eines Pockenbläschens. Bei dieser Procedur wird blos ein kleiner Theil des Inhaltes entleert, da sich im Innern des Bläschens durch den Zerfall der Epithelien kleine Compartements bilden und bei einer solchen Anstechung blos der Inhalt der angestochenen Partien herausquille. Auch die erwähnte Delle in der Mitte des Bläschen ist ein characteristisches Merkmal. Bei der Therapie spielt die Vaccination als prophylactisches Mittel die hervorragendste Rolle, jedoch darf die Impfung keineswegs als therapeutisches Heilmittel gelten. Zur Milderung des Fiebers sind kalte Packungen angezeigt. Dem kalten Wasser für die Packungen wurde Sublimat in der Stärke 1:10000—15000 zugefügt, welches vortreffliche Dienste als Antisepticum leistete und indirect desodorisirend wirkte. In manchen Fällen wurden Salben mit Ichthyol und Acid. carbol. angewandt.

Discussion. Dr. Kahn ist mit der oben erwähnten Eintheilung zwischen Variola und Variolois nicht einverstanden. Es kommt nicht darauf an, ob viele Knötchen vorhanden sind oder

nicht, in allen Fällen, wo das Stadium suppurationis fehlt, haben wir es mit einer Variolois, wo dasselbe aber mit seinen characteristischen Symptomen vorhanden ist, mit einer Variola zu thun, selbst wenn nicht zahlreiche Pusteln vorhanden sein sollten. — Dr. Belkowsky berichtet über eine schwere Pockenepidemie die er in der Schweiz beobachtete und in der die meisten Fälle letal endeten. — Dr. Rosenberg machte darauf aufmerksam, dass während vieler Infectionskrankheiten, wie Masern, Typhus, Scharlach, Diphtherie Complicationen und Nachkrankheiten des öfteren im Gefolge haben, bei Variola dieselben niemals beobachtet worden seien und dass ein Wiederbefallenwerden wohl höchst selten vorkomme, ein Beweis, dass wir es mit einer ganz verschiedenen Species von Infectionserreger bei Variola zu thun haben.

Dr. Kahn, Secretär.

FEUILLETON.

Die neue deutsche Promotionsordnung für Mediciner.

A. Allgemeines.

I. Der medicinische Doctorgrad darf nur verliehen werden auf Grund einer durch den Druck veröffentlichten Dissertation und einer mündlichen Prüfung.

Eine Promotio in absentia findet unter keinen Umständen statt.

II. Durch die Dissertation soll der Candidat sich darüber ausweisen, dass er die Befähigung erlangt hat, selbstständig wissenschaftlich zu arbeiten.

Die Dissertation ist in deutscher Sprache abzufassen; die Anwendung einer anderen Sprache ist mit Genehmigung der Facultät zulässig. Am Schlusse der Dissertation ist der Lebenslauf des Candidaten anzufügen.

Bei Vorlage der Dissertation hat der Candidat anzugeben, ob und in welcher wissenschaftlichen oder Krankenanstalt er die Dissertation ausgearbeitet und inwieweit er sich bei der Ausarbeitung derselben etwa noch sonst fremden Raths bedient hat. Dieser Angabe ist die eidesstattliche Versicherung hinzuzufügen, dass darüber hinaus keine weitere Beihilfe stattgefunden habe.

Nach Annahme der Dissertation durch die Facultät hat der Candidat die Drucklegung auf eigene Kosten zu besorgen. Dabei ist auf der Rückseite des Titelblatts die Genehmigung der Facultät unter namentlicher Bezeichnung des oder der Referenten etwa in folgender Art zu erwähnen:

„Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen
Facultät der Universität ....., (Name.)
Referent: Professor ..... (Name)."

III. Die mündliche Prüfung besteht nach Verschiedenheit der Fälle (vergl. unten VI, VII, XII, XIII) entweder in einem einfachen Colloquium oder in einem Examen rigorosum.

B. Die Promotion von Inländern.

(Angehörige des Deutschen Reiches.)

IV. Die Zulassung von Inländern darf in der Regel erst erfolgen, nachdem sie die Approbation als Arzt für das Reichsgebiet beigebracht haben.

V. Ausnahmen können in besonderen Fällen durch einstimmigen Beschluss der Facultät mit Genehmigung der Aufsichtsbehörden zugelassen werden, wo die Erfüllung jener Vorbedingung dem Candidaten aus gewichtigen Gründen nicht zuzumuthen ist.

Dabei darf jedoch hinsichtlich der Vorbildung unter die Anforderungen des Zeugnisses der Reife von einem deutschen Realgymnasium hinsichtlich der sonstigen beizubringenden Ausweise unter das in No. XIII 2 festgesetzte Maass — vorbehaltlich des zu b daselbst zugelassenen Dispenses — in keinem Falle herabgegangen werden.

VI. Die mündliche Prüfung beschränkt sich in den regelmässigen Fällen der No. IV auf ein Colloquium vor dem Dekan oder seinem Vertreter als Vorsitzenden und zwei gewählten Mitgliedern der Facultät. Jeder der drei Examinatoren hat den einzelnen Candidaten in der Regel eine Viertelstunde zu prüfen. Dabei soll die wissenschaftliche mehr als die practische Seite der Medicin betont werden.

VII. In den Ausnahmefällen der No. V ist das Examen rigorosum abzulegen. Die Prüfungscommission besteht aus dem Dekan oder seinem Vertreter als Vorsitzenden und mindestens sieben weiteren, von der Facultät gewählten Examinatoren. Die Prüfung zerfällt in einen theoretischen und einen practisch-klinischen Theil.

Die theoretische Prüfung hat sich auf folgende Fächer zu erstrecken:

1. Anatomie.
2. Physiologie.
3. Pathologische Anatomie mit Einschluss der allgemeinen Pathologie.

In jedem der Fächer zu 1 und 2 wird der einzelne Candidat mindestens 1 Stunde, in jedem der Fächer zu 3 und 4 mindestens eine halbe Stunde geprüft, und es muss dabei ausser dem Examinator noch der Vorsitzende oder im Behinderungsfall ein anderes Mitglied der Prüfungscommission zugegen sein. Die Prüfung ist insoweit öffentlich, dass jedem medicinischen Lehrer an einer deutschen Universität und jedem für das Deutsche Reich approbirten Arzte der Zutritt freisteht.

In der Woche vorher findet die practisch-klinische Prüfung in der inneren Medicin, in der Chirurgie und in der Geburtshilfe und Gynäcologie am Krankenbett statt. Die Prüfung umfasst die Stellung einer oder, nach Befinden des Examinators, zweier Diagnosen, an welche sich ein weiteres Examen, wie es bei der ärztlichen Prüfung vorzunehmen ist, anschliesst.

VIII. Sowohl bei dem Colloquium wie bei dem Rigorosum erfolgt die Feststellung der Ergebnisse durch mündliche oder schriftliche Abstimmung. Jedes Mitglied der Prüfungscommission stimmt mit „bestanden" oder „nicht bestanden" ab. Im Colloquium genügt, um die Gesammtcensur „bestanden" (rite) zu erhalten, die einfache Majorität, im Rigorosum muss der Candidat zur Erlangung derselben Censur mindestens drei Viertel der Gesammtstimmenzahl und darunter die Stimmen der practisch-klinischen Examinatoren in den zu VII. Absatz 4 genannten Fächern für sich haben.

Eine höhere Censur, als welche „gut" (cum laude) und „sehr gut" (magna cum laude) zugelassen sind, darf nur ertheilt werden, wenn die Dissertation als besonders tüchtige Leistung anzuerkennen ist; die Commission entscheidet darüber mit einfacher Majorität. Ausnahmsweise kann auch, aber nur durch einstimmigen und von der Facultät genehmigten Beschluss der Commission, die Censur „ausgezeichnet" (summa cum laude) ertheilt werden.

IX. Hat der Candidat die mündliche Prüfung nicht bestanden, so muss er sie ganz wiederholen. Das kann frühestens nach 3 Monaten (Colloquium) oder nach 6 Monaten (Rigorosum) geschehen.

X. Der Promotionsact darf erst nach der durch den Druck erfolgten Veröffentlichung der Dissertation und nach bestandener mündlicher Prüfung erfolgen.

XI. Die Gebühren sollen in den Ausnahmefällen der No. V, also in allen Fällen, in welchen das Examen rigorosum stattzufinden hat, 50 Procent mehr als in den regelmässigen Fällen der No. IV, jedenfalls aber nicht weniger als 450 M. betragen.

C. Die Promotion von Ausländern.

(Nichtangehörige des Deutschen Reichs.)

XII. Auf Ausländer, welche die ärztliche Approbation für das Deutsche Reich erlangt haben, finden bezüglich der Promotion dieselben Vorschriften Anwendung, wie auf die in gleicher Lage befindlichen Inländer.

XIII. Ausländer, welche die ärztliche Approbation für das Deutsche Reich nicht besitzen, haben sich bei der Facultät behufs ihrer Zulassung zur Promotion darüber auszuweisen:

1. Dass ihnen eine Vorbildung zu Theil geworden ist, welche in dem Staate, dessen Angehörige sie sind, für die Erwerbung

des medicinischen Doctorgrades und die Ablegung der ärztlichen Prüfung erfordert wird; fehlt es in dieser Beziehung in ihrem Heimathsstaate an bestimmten Festsetzungen, so haben sie durch vorgelegte Reifezeugnisse (nöthigenfalls unter Beifügung inländischer Ergänzungszeugnisse) mindestens eine Vorbildung nachzuweisen, welche den Anforderungen für das Zeugniss der Reife an deutschen Realgymnasien entspricht.

2. Dass sie nach Erlangung dieser Vorbildung

a) so viel Semester, wie in Deutschland für die Zulassung zur ärztlichen Prüfung vorgeschrieben sind, an einer guteingerichteten medicinischen Facultät ein geordnetes medicinisches Studium, ähnlich wie es in Deutschland üblich ist, geführt und

b) mindestens eines dieser Semester an derjenigen deutschen Universität, bei welcher sie promoviren wollen, studirt haben.

Von letzterem Erforderniss kann, wenn der Candidat der Facultät genauer bekannt ist, mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde ausnahmsweise abgesehen werden.

Im Uebrigen und abgesehen von No. V finden auf diese Ausländer bezüglich ihrer Promotion diejenigen Vorschriften Anwendung, welche für die in gleicher Lage befindlichen Inländer gelten.

D. Schlussbestimmungen.

XIV. An Stelle der zur Genehmigung ungedruckt vorzulegenden Dissertation kann nach Ermessen der Facultät auch eine bereits durch den Druck veröffentlichte wissenschaftliche Arbeit des Candidaten treten. Die Vorschriften zu II finden in diesem Falle entsprechende Anwendung.

XV. Die Ehrenpromotion, promotio honoris causa, wird durch vorstehende Bestimmungen nicht berührt.

Therapeutische und klinische Notizen.

— *Nectrianin gegen Carcinom.* Unter dem Namen Nectrianin stellten Bra und Mongour, die eifrigen Verfechter der parasitären Theorie des Carcinoms, aus Nectria ditissima, dem Krebsparasiten der Vegetabilien, ein flüssiges Präparat her, welches specifische Wirkung gegen Carcinom haben soll. Bei Thieren und Menschen, welche Träger carcinomatöser Neubildungen sind, tritt bei subcutaner Injection von 5 ccm des Mittels ausgesprochene Allgemeinreaction (Temperaturerhöhung um 1—2 Grad, Pulsbeschleunigung, Herzklopfen, Kopfschmerzen u. s. w.) ein, während bei gesunden Thieren keinerlei Reaction sich einstellt. Bra und Mongour wandten nun das Nectrianin in 14 Fällen von inoperablem Gebärmutterkrebs, je 1 Fall von Magenkrebs und Gesichtsepitheliom an. Die unmittelbaren Folgen waren stets Verminderung oder völliger Nachlass der Hämorrhagien und des eiterigen Ausflusses, manchmal Neigung der Neu-

bildung zur Ueberhäutung und zeitweise völliger Stillstand im Wachsthum. Die Besserung hält nur an, so lange die Injectionen gemacht werden und ist das Aufhören derselben stets von neu auftretenden Schmerzen, blutigem Ausfluss u. s. w. gefolgt. Diese so günstigen localen Erfolge haben jedoch bei keinem Kranken eine Besserung des Allgemeinzustandes herbeigeführt, vielmehr magerten diejenigen, welche in voller Kachexie waren, weiter ab und es trat schliesslich der Tod in Folge der allgemeinen Intoxication ein; bei anderen, welche noch nicht so heruntergekommen waren, hielt sich der Allgemeinzustand wie am Beginn der Behandlung. Das Nectrianin ist daher als ein rein locales, mehr symptomatisches Mittel anzusehen, welches wegen seiner hervorragend schmerzstillenden Eigenschaften vor Allem den Morphingebrauch bei Carcinom einzuschränken berufen erscheint. (Revue médicale, No. 295, 28. Febr. 1900, ref. in Münchener Med. W. 1900, No. 12, S. 408.)

Kleine Mittheilungen.

— Die *New York Society for the Relief of Widows and Orphans of Medical Men* hat soeben ihren 59. Jahresbericht ausgegeben. Den Zweck der Gesellschaft giebt ihr Name deutlich genug zu erkennen; die Unterstützung besteht darin, dass der Wittwe eines Mitgliedes, das wenigstens zwei Jahre der Gesellschaft angehört hat, für ihre Lebenszeit ein Minimaleinkommen von $400 pro Jahr gesichert wird (entsprechend einer Lebensversicherung von wenigstens $10,000) und zwar in folgender Weise: Beträgt das Einkommen einer Wittwe $800, so erhält sie jährlich eine 50 Procent des an $800 fehlenden Betrags entsprechende Summe (also bei $600 Einkommen $100, bei $400: $200; bei $200: $300 etc.). In ähnlicher Weise sind hinterlassene Kinder, Knaben bis zum 16., Mädchen bis zum 18. Jahre zu einer jährlichen Unterstützung bis zu $100 berechtigt; wenn sie das Alter erreichen, wo diese Unterstützung aufhört, erhalten sie die Summe von $100 als Ausstattung. Mitglieder bezahlen ein Eintrittsgeld von $25 und $10 jährlichen Beitrag durch 20 Jahre, worauf dieselben lebenslängliche Mitglieder werden, oder sie werden durch die einmalige Einzahlung einer Summe von $100 sofort lebenslängliche Mitglieder. Eingeborene Aerzte können nach fünfjähriger Praxis in New York und den anliegenden Counties, Mitglieder werden, Ausländer nach fünfjähriger Praxis nach Erwerbung des Bürgerrechts. Die Gesellschaft besitzt gegenwärtig ein in Hypotheken und Werthpapieren, zu einem kleinen Theil in Grundbesitz, angelegtes Vermögen von $244,790.16; das Einkommen im letzten Jahre betrug $15,592.01, und $5200.16 wurden an 18 Wittwen und 3 Kinder ausbezahlt; die Zahl der lebenslänglichen Mitglieder beträgt 113, die der jährlichen 24.

— Die American Electro-Therapeutic Association hielt am 25., 26. und 27. September ds. Jhrs. in New York ihre 10. Jahresversammlung ab und erwählte hierbei die folgenden Beamten: Dr. Ernest Wende, Präsident, 471 Delaware Ave., Buffalo, N. Y.; Dr. Frederic H. Morse, 1. Vicepräsident, Melrose, Mass.; Dr. D. R. Brower, 2. Vicepräsident, Chicago, Ill.; Dr. George E. Bill, Secretär, 255 North St., Harrisburg, Pa.; Dr. R. J. Nunn, Schatzmeister, 119½ York St., Savannah, Ga. Die nächste Jahresversammlung wird in Buffalo, N. Y., am 24., 25. und 26. September 1901 abgehalten werden.

— Wie uns die Firma M. J. Breitenbach, deren Etablissement bekanntlich unlängst durch Feuer vollständig zerstört wurde, mittheilt, versucht eine Concurrenzfirma sich diesen Unglücksfall zu Nutze zu machen, indem sie zur Zeit an die Aerzte Circulare versendet, in denen unter Herunterreissung des Gude'schen Pepto-Mangans ihr eignes, letzteres imitirendes Präparat angelegentlich empfohlen wird. Ein solches Concurrenzmanöver ist entschieden zu missbilligen und wird auch bei den meisten Aerzten, die mit den Vorzügen des Gude'schen Präparates vertraut sind, wenig Gegenliebe finden.

— Der *Fall Neisser* wurde in der Sitzung des preussischen Abgeordnetenhauses vom 6. März vom Abgeordneten v. Pappenheim abermals zur Sprache gebracht, wobei es zu heftigen Angriffen auf Neisser kam. Bei genauerer Kenntniss des Falles kann man sich die gegen Prof. Neisser zum Ausdruck gelangte Erregung nur als durch ein Missverständniss verursacht erklären. Man stellt sich unter den Neisser'schen Impfungen, nach Analogie der Schutzpockenimpfung, offenbar die Uebertragung eines zwar abgeschwächten, aber immerhin krank machenden Virus vor, während es sich doch nur um Einspritzungen von nicht infectiösem, toxinfreiem Blutserum handelte. Auch der von Virchow gebrauchte Vergleich mit den Tuberculinimpfungen stimmt nicht; denn das Tuberculin enthält, wenn es auch nicht infectiös ist, doch die Toxine des Tuberkelbacillus und vermag ernste Krankheitserscheinungen hervorzurufen. Die Injectionen von Diphtherie-, Tetanus-, Cholera- und Pestserum, wie sie jetzt auf der ganzen Welt im grössten Maassstabe geübt werden, haben, wenn auch nicht in allen Fällen die Wirksamkeit, so doch die völlige Unschädlichkeit dieser Sera dargethan. Thatsächlich sind auch die von Neisser ausgeführten Injectionen von Syphilisserum unschädlich gewesen. Das ganze Verbrechen Neisser's reducirt sich also darauf, dass er seine Kranken nicht vorher ausdrücklich um die Erlaubniss zu seinen Versuchen fragte. Da mit denselben weder erheblicher Schmerz noch sonstiges Risiko verbunden, wohl aber im günstigen Falle viel zu gewinnen war, so würde er nach vorheriger Darstellung des Sachverhaltes freiwillige Versuchsobjecte genug gefunden haben. Wir wollen Neisser wegen dieser Unterlassung nicht entschuldigen, so gravirend scheint sie uns aber nicht zu sein, dass sie jetzt

noch, nach so vielen Jahren und einem im Uebrigen so verdienten Manne gegenüber, das fortgesetzte Rufen nach dem Disciplinarrichter rechtfertigen würde. (Münchener med. Wochenschrift, 1900, No. 11.)

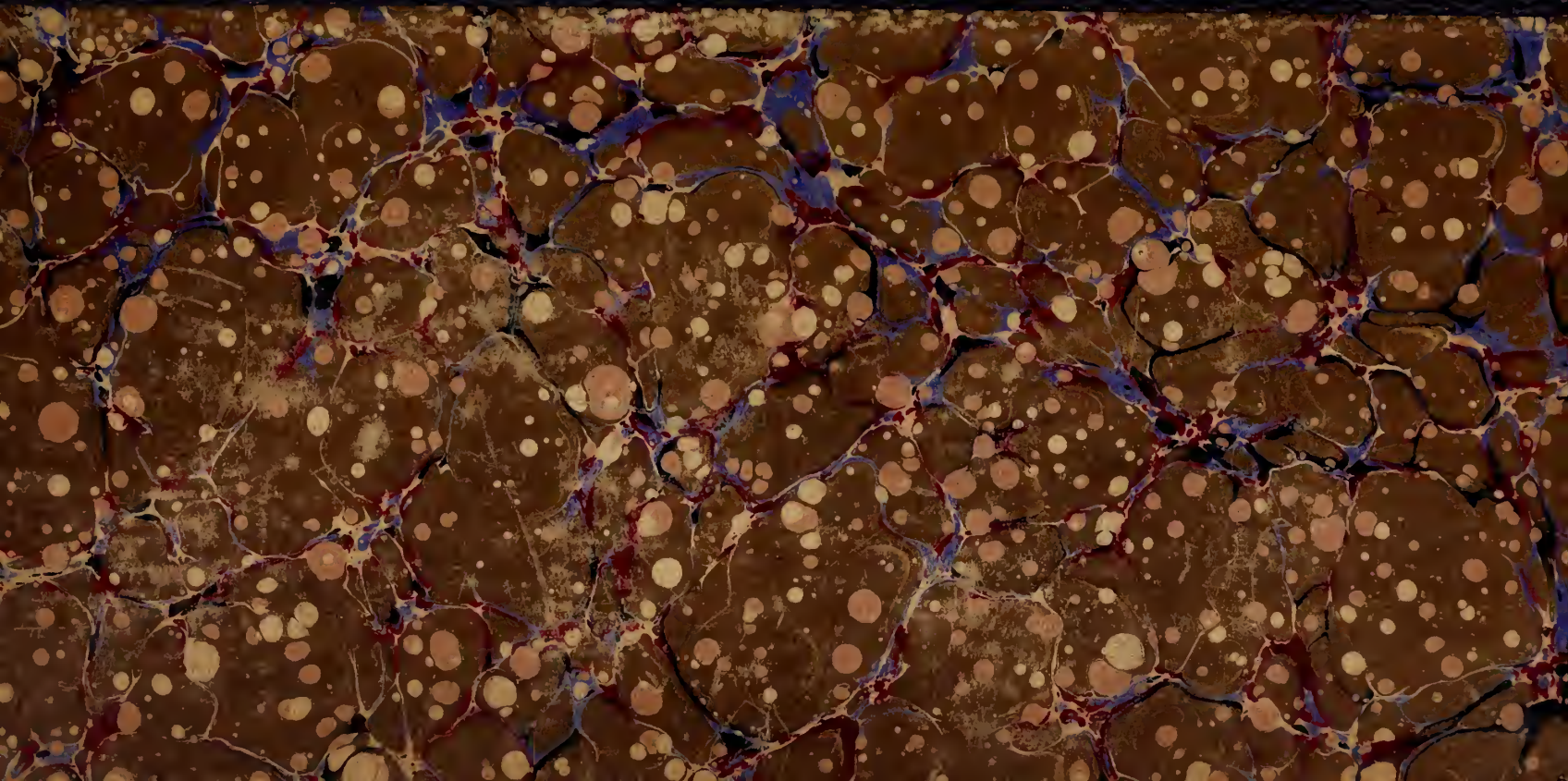
— *Verzogen*: Dr. G. G. Fischlowitz nach 1298 Madison Avenue, und Dr. Jos. A. Herb nach 51 Seventh Street.

Aerztliche Instrumente und Bücher aus dem Nachlass eines Collegen sind billig zu verkaufen. Nachzufragen 334 Ost 116. Strasse, New York City.

Alle Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen, Manuscripte und Anfragen bezüglich des Inhalts sind zu richten an: Dr. A. Ripperger, 126 East 122d Street, New York City.

Schieffelin's Medicated Soaps

are made from pure, neutral, white soap, and contain no sugar, starch, silicate or filling material, and no coloring or pigment is added.

We guarantee that the percentage of medicament has been added as per label, and that the soap is thoroughly mixed. A descriptive pamphlet mailed to applicants.

Schieffelin & Co., New York.